



©Kliniken Köln/ Panousi

Krankenhaus Holweide Qualitätsbericht 2021

Strukturierter Qualitätsbericht nach § 136b SGB V
für das Berichtsjahr 2021 – erstellt am 15.11.2022

Einleitung

Das Krankenhaus Holweide, eins der drei Krankenhäuser der Kliniken Köln, erfüllt die Aufgaben der ortsnahen Schwerpunktversorgung mit den Fachabteilungen Anästhesiologie, Brustzentrum, , Radiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Klinik und Urologie, den Sektionen für Allgemeine Innere Medizin und Notfallmedizin sowie dem Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin mit der Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie sowie der Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin . Gemeinsam mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße wird ein Level1-Perinatalzentrum mit 10 Betten betrieben.

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

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

Das Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung kooperiert mit dem Krankenhaus, um Pflegefachkräfte, Operationstechnische Assistenten / Assistentinnen und Medizinisch-technische Radiologie-Assistent*innen aus- und weiterzubilden.

Jährlich werden im Krankenhaus Holweide etwa 10.000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Die Verweildauer konnte in den letzten Jahren kontinuierlich verkürzt werden. Die minimal-invasive Chirurgie (Schlüsselloch-Chirurgie) ist ein Schwerpunkt dieser Klinik. Für die Patienten bedeutet dies eine erhebliche Verbesserung durch geringere Schmerzen, kleine Narben und schnelle Genesung.

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



Die Frauenklinik gehört zu den großen geburtshilflichen Abteilungen in der Region. Geräumig und wohnlich wirken die in warmen Farben eingerichteten Kreißsäle im Krankenhaus Holweide. Jeder der fünf Kreißsäle verfügt über eigenes WC und Badewanne sowie eine Lichtdecke, mit der die Farbe der Beleuchtung individuell reguliert werden kann. Eine Entbindungswanne zur Unterwassergeburt ergänzt die Geburtsmöglichkeiten. Die Technik hält sich dezent im Hintergrund. Trotz der angenehmen Atmosphäre bietet das Krankenhaus Holweide die Sicherheit der High-Tech-Medizin. Nur wenige Schritte von den Kreißsälen entfernt befinden sich ein Operationssaal für Kaiserschnitte und das Perinatalzentrum Level 1 mit 10 Plätzen, in dem Frühgeborene und kranke Neugeborene bei Bedarf intensivmedizinisch betreut werden können. Bei den Kliniken Köln ist im Kreißsaal ein Simulationstraining Kreißsaal der jährlichen Pflichtfortbildung. An zwei Tagen werden hier verschiedene Notfallszenarien im Kreißsaal geprobt und anschließend genau analysiert und besprochen. Durch die praxisnahen Einheiten werden alle Teilnehmenden für den Notfall geschult – und genau diese Souveränität ist es, die im Kreißsaal einen entscheidenden Unterschied machen kann – nicht nur in Krisensituationen.

Nach Abschluss umfassender Umbauten im November 2020 verfügt die Neugeborenen-Intensivstation nun über fünf hochmoderne und bestens ausgestattete Patientenzimmer mit insgesamt 10 Intensivplätzen, eine neue Milchküche sowie großzügige Personal- und Versorgungsräume. Die neue Station bietet mehr Platz für die Versorgung der Kinder dank der geräumigen und hellen Zimmer mit modernster Technik und großen Fenstern. Dadurch haben das Pflegefachpersonal und die Angehörigen die Möglichkeit, sich frei in den neuen Patientenzimmern zu bewegen und die kleinen Schützlinge bestens zu umsorgen.

Zusätzlich gibt es nun zwei neue „Rooming In“ Räume mit eigenem Bad. Hier können die Kinder, die nicht intensivmedizinisch behandelt, aber noch überwacht werden müssen, im Zimmer der Mutter bleiben, während die Kinder weiter kontinuierlich durch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, –pfleger und Ärzte des Perinatalzentrums versorgt werden. Auch Mütter, bei denen ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, haben auf der Station die Möglichkeit, Ihre Kinder unmittelbar nach der Geburt zu besuchen.

Durch die großzügige Gestaltung der neuen Station ist die Einbeziehung der Eltern in die Pflege ihrer Kinder und ein enger Kontakt, beispielsweise durch das Kangarooing, erheblich erleichtert worden. So ist eine hygienisch einwandfreie Versorgung entsprechend der neusten Standards in einer hellen, geräumigen und modernen Umgebung möglich. Frauen mit Risikoschwangerschaften sind in Holweide besonders gut aufgehoben.



Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung gut- und bösartiger Veränderungen der Gebärmutter, der Eierstöcke oder des Schambereichs. Das Team der Frauenklinik berät präventiv, bietet moderne Diagnostikverfahren an und kann häufig schonend minimal – invasiv operieren – mit Techniken, die sonst in Deutschland nur von wenigen Zentren beherrscht werden. Blasen- und Senkungsprobleme werden in Kooperation mit dem Rheinischen Kontinenzentrum behandelt.

Das Brustzentrum bietet eine kompetente und kurzfristige Diagnosestellung und Behandlung aller Veränderungen der Brust an. Bei allen gut- und bösartigen Erkrankungen der Brust ist das Team für die Betroffenen da, betreut, berät und behandelt sie. Breast Care Nurses (Spezialisierte Krankenschwestern, Pflegeexpertinnen für Frauen mit Brustkrankungen) begleiten die Patientinnen während der Behandlung. Darüber hinaus beraten die Fachleute ausführlich über brustchirurgische Eingriffe wie Rekonstruktion, Brustvergrößerung und Reduktionstechniken.

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

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

Die Sektion Allgemeine Innere Medizin im Krankenhaus Holweide versorgt im Nordosten der Millionenstadt Köln ein großes Einzugsgebiet. Die Schwerpunkte der Sektion sind die allgemeine innere Medizin, konservative Kardiologie und Infektiologie. Untersucht und behandelt werden vor allem Herz- und Kreislaufkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Bluthochdruck, Schlaganfälle, Schrittmacherimplantationen), Erkrankungen der Blutgefäße (z. B. Verengungen der Arterien, Thrombose) und der Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. Lungenentzündung, Asthma, Emphysem, Lungenhochdruck), Infektionserkrankungen (z.B. Reiseerkrankungen, Tuberkulose), Immunologische Erkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen, Gefäßentzündungen) Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus Störungen der verschiedenen Hormonsysteme der Inneren Sekretion, z. B. Schilddrüse) sowie Allergien. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Altersmedizin.

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

Die Kliniken Köln stellen sich organisatorisch und strukturell neu auf bietet moderne Zentrumsmedizin statt hierarchischer Klinikstrukturen mit Abteilungsgrenzen. Den Anfang macht das ZIV – Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin. Hier haben sich die Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin sowie die Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie zusammengeschlossen. Das Ziel ist Kompetenzbündelung und Teamwork zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten. Traditionell werden viele Erkrankungen des Bauchraums von Internisten festgestellt und danach von Chirurgen behandelt. Diese klassische Trennung der Fachdisziplinen wird im ZIV überwunden. Im ZIV an den Standorten Holweide und Merheim werden Patientinnen und Patienten vor allem mit Erkrankungen des Bauchraums (Viszeralmedizin, Viszeralonkologie) von Internisten und Chirurgen sowie bei Bedarf von weiteren Expertinnen und Experten gemeinsam behandelt. Die Pflege ist gleichberechtigter Partner der Medizin und gestaltet die Abläufe wesentlich mit. Das ZIV bietet eine ganzheitliche, multiprofessionelle Versorgung aus einer Hand. Zum Leistungsspektrum gehören die optimale Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen der Verdauungsorgane (Speiseröhre, Magen, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse und Darm), die Viszeral- und Transplantationschirurgie, das Kompetenzzentrum für Adipositas- und metabolische Chirurgie, das Zentrum für Darm- und Enddarmchirurgie, die onkologische Chirurgie, Gefäßchirurgie sowie Gastroenterologie mit Endoskopie.

Die Endoskopie verfügt über alle modernen Untersuchungsmöglichkeiten – von allen gängigen Spiegelverfahren des Magen-Darm-Trakts bis zu Spezialverfahren pH-Metrie zur Säuremessung bei Reflux, Single-Ballon-Enteroskopie für Dünndarmdiagnostik und -therapie sowie Kapselendoskopie für Dünn- und Dickdarm. Zur Betreuung von Risikopatienten bietet Holweide als erstes und bisher einziges Krankenhaus in Deutschland ein Zentrum für Patienten mit erhöhtem endoskopischem Risiko (Z-PEER).

Aufgabe des Z-PEER ist es, Patienten die bestmögliche Sicherheit während eines endoskopischen Eingriffs zu bieten – auf dem modernsten Stand der endoskopischen Therapieverfahren. Auch diejenigen, die nicht in einem ambulanten Untersuchungsrahmen versorgt werden können, soll mit modernsten endoskopischen Therapieverfahren geholfen werden. Dabei kooperiert das Z-PEER eng mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie der Abteilung für Anästhesie und der Interdisziplinären Endoskopie.



Im Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin deckt die Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie am Standort Holweide die gesamte Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie mit hoher fachlicher Kompetenz ab. Das Zentrum für minimal-invasive Chirurgie bietet das gesamte chirurgische Spektrum mit modernsten Verfahren an. Darüber hinaus erstrecken sich die Behandlungsschwerpunkte über die komplexe Tumorchirurgie bis hin zur Chirurgie der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen,. Herr Prof. Eisenberger ist zudem Leiter des Darmzentrums Holweide. Das Darmzentrum zur Behandlung von Tumoren des Dick- und Enddarms wurde gegründet, um die seit vielen Jahren etablierte Zusammenarbeit der Fachabteilungen zu optimieren. Es hat sich zur Aufgabe gesetzt, Patientinnen und Patienten mit den o. g. Tumoren leitliniengerecht und nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu behandeln.

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

Die Anästhesieabteilung des Krankenhauses Holweide steht seit September 2016 unter der ärztlichen Leitung von Prof. Dr. Mark Gerbershagen. Jährlich werden über 13.000 Anästhesieleistungen in den Gebieten Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Senologie, HNO sowie internistische Endoskopie erbracht. Zusätzlich werden jährlich ca. 500 Epiduralkatheter bei Patientinnen im Kreiß-

saal gelegt. Im ärztlichen Bereich besitzen mehrere Mitarbeiter spezielle Qualifikationen in den Bereichen Intensivmedizin, Schmerz- und Palliativmedizin sowie Notfallmedizin.



Auf der Intensivstation betreut ein interdisziplinäres Ärzteteam aus Ärzten der Anästhesieabteilung und den Kliniken für Innere Medizin und Chirurgie jährlich ca. 2.000 Patientinnen und Patienten. Zusätzlich gibt es eine Intermediate Care Station mit 8 Betten als gestuftes Versorgungskonzept. Auf die Behandlung von Schmerzen wird großer Wert gelegt. Im Sommer 2009 hat das Krankenhaus Holweide die Zertifizierung der TÜV Rheinland Cert GmbH für erfolgreiches Qualitätsmanagement Akutschmerztherapie erreicht und wurde seitdem mehrfach erfolgreich rezertifiziert.

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

Die Pflegekräfte betreuen die Patientinnen und Patienten nach aktuellen Standards unter Berücksichtigung der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Auf allen Stationen, Ambulanzen und im Operationssaal sind erfahrene Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger im Einsatz. In Zusammenarbeit mit dem angegliederten Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung wird eine fachlich qualifizierte, praxisnahe Aus- und Weiterbildung sichergestellt.

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

Besondere Angebote

Ernährungsteam

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

Kooperationen

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

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

Das ZIV bietet – aufgrund von Corona zurzeit online – die interdisziplinäre Fortbildungsreihe „ZIV meets...“ in Zusammenarbeit mit verschiedenen Expert*innen aus Kliniken und Praxen an.

Familiale Pflege – Pflegeberatung

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

Case Management

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

Überleitungsmanagement

Im Rahmen eines Pilotprojekts von Kliniken der Stadt Köln gGmbH und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) Nordrhein verbessert eine „Überleitungsmanagerin“ den Informationsaustausch zwischen den Ärztinnen und Ärzten in der Praxis und in der Klinik. Ziel ist, schwer kranken, älteren oder alleinstehenden Patientinnen und Patienten nach dem Aufenthalt in der Klinik den Weg wieder zurück nach Hause zu erleichtern. Im Rahmen des Projekts werden zunächst Patienten der Klinik für Chirurgie betreut. Die

Überleitungsmanagerin koordiniert die individuelle Entlassungsplanung unter Berücksichtigung von aktueller Lebenssituation, persönlichem Umfeld, individuellem Gesundheitszustand und Ressourcen des Patienten / der Patientin und in enger Abstimmung mit allen an der Behandlung und Versorgung Beteiligten.

Zentrales Patientenmanagement

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

Patientenrückmeldungen

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

Patientensicherheit

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

Zusätzlich gibt es im Krankenhaus Holweide ein CIRS (Critical Incident Reporting System – Meldesystem zur Erfassung kritischer Ereignisse-). Die beste Methode, Fehler zu vermeiden, besteht darin, aus Fehlern anderer zu lernen oder Fehler bereits im Vorfeld abzuwenden. Eine bewährte Möglichkeit der Fehlerprophylaxe sind Meldesysteme wie das CIRS, die in der Fliegerei schon lange mit Erfolg angewendet werden. Bei den Kliniken der Stadt Köln wurde ein Meldesystem eingeführt, in dem Fehler, Beinahefehler oder andere kritische Situationen schriftlich oder mündlich gemeldet werden können und sollen. Die Meldung kann mit Namen, aber auch anonym erfolgen. Einige Dinge konnten aufgrund der eingegangenen Meldungen bereits verändert werden.

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

Zertifizierungen / Qualitätssiegel

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

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

Alle drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln haben das Zertifikat "Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz" erhalten, mit dem bescheinigt wird, dass die Bedingungen des MRE-Netzwerkes regio rhein ahr für das Qualitätssiegel Akutkrankenhäuser <http://www.mre-rhein-ahr.net/index.php> erfüllt werden. . Die "Aktion Saubere Hände" hat als eine grundlegende Maßnahme zur Vermeidung von Übertragungen und Infektionen die Verbesserung der Patientensicherheit zum Ziel.

Die Kliniken Köln haben sich wiederholt an der "Aktion Saubere Hände" beteiligt; alle Betriebsteile sind derzeit mit dem Zertifikat in Silber ausgezeichnet.

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

Die Kliniken der Stadt Köln sind zudem als einziges Krankenhausunternehmen im Großraum Köln mit dem bundesweit gültigen Arbeitgebersiegel „Wir fördern Anerkennung“ des durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts „Unternehmen Berufsanerkennung“ ausgezeichnet worden.

Gemeinsame Einleitung der kommunalen Krankenhäuser der Region

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

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

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

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

Die kommunalen Krankenhäuser,

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

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

Die nachhaltige Verbesserung der Qualität hat für uns höchste Priorität. Dazu haben wir ein professionelles Qualitätsmanagement fest verankert.

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

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

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

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Prof. Dr. med. Axel Goßmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0221 / 8907 – 2015
E-Mail: PauseB@kliniken-koeln.de

Weiterführende Links

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	19
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	19
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	20
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	20
A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	20
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	20
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	20
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	23
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	24
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen.....	24
A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit.....	24
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	27
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	27
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	27
A-8.3 Forschungsschwerpunkte.....	28
A-9 Anzahl der Betten.....	31
A-10 Gesamtfallzahlen.....	31
A-11 Personal des Krankenhauses.....	31
A-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	31
A-11.2 Pflegepersonal.....	31
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	34
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	34
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	35
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	35
A-12.1.1 Verantwortliche Person.....	35
A-12.1.2 Lenkungsgremium.....	35
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	35
A-12.2.1 Verantwortliche Person.....	35
A-12.2.2 Lenkungsgremium.....	36
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	36
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	37
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	38
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	38
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	38
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	39
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	39
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie.....	39
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden.....	40
A-12.3.2.4 Händedesinfektion.....	40
A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE).....	40
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	41
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	42
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	43
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium.....	43
A-12.5.2 Verantwortliche Person.....	43
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal.....	44
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen.....	44
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	45
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	47
A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe.....	47
A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	48

A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	49
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	49
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisations-		
einheiten / Fachabteilungen..... 50		
B-1 Klinik für Anästhesiologie..... 51		
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	51
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	51
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	51
B-1.4	[unbesetzt].....	51
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	52
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	52
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	52
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	52
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	52
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	52
B-1.11	Personelle Ausstattung.....	53
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	53
B-1.11.2	Pflegepersonal.....	53
B-1.11.3	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	54
B-2 Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie..... 55		
B-2.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	55
B-2.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	55
B-2.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	55
B-2.4	[unbesetzt].....	60
B-2.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	60
B-2.6	Diagnosen nach ICD.....	61
B-2.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	61
B-2.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	61
B-2.7	Prozeduren nach OPS.....	62
B-2.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	62
B-2.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren.....	62
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	63
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	71
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	71
B-2.11	Personelle Ausstattung.....	71
B-2.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	71
B-2.11.2	Pflegepersonal.....	72
B-3 Frauenklinik & Geburtshilfe..... 74		
B-3.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	74
B-3.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	74
B-3.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	74
B-3.4	[unbesetzt].....	76
B-3.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	76
B-3.6	Diagnosen nach ICD.....	76
B-3.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	76
B-3.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	77
B-3.7	Prozeduren nach OPS.....	77
B-3.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	77

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	77
B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	78
B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	80
B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	81
B-3.11 Personelle Ausstattung.....	82
B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	82
B-3.11.2 Pflegepersonal.....	82
B-4 Perinatalzentrum.....	84
B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	84
B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	84
B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	85
B-4.4 [unbesetzt].....	85
B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	85
B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	87
B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	88
B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	89
B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	89
B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	89
B-4.11 Personelle Ausstattung.....	89
B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	89
B-4.11.2 Pflegepersonal.....	90
B-5 Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie.....	92
B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	92
B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	92
B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	92
B-5.4 [unbesetzt].....	94
B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	94
B-5.6 Diagnosen nach ICD.....	94
B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	94
B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	94
B-5.7 Prozeduren nach OPS.....	94
B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	94
B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	95
B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	95
B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	97
B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	97
B-5.11 Personelle Ausstattung.....	98
B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	98
B-5.11.2 Pflegepersonal.....	98
B-5.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	99
B-6 Medizinische Klinik.....	100
B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	100
B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	100
B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	101
B-6.4 [unbesetzt].....	103
B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	103
B-6.6 Diagnosen nach ICD.....	104
B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	104
B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	104
B-6.7 Prozeduren nach OPS.....	106
B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	106

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	106
B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	108
B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	109
B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	110
B-6.11 Personelle Ausstattung.....	111
B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	111
B-6.11.2 Pflegepersonal.....	111
B-7 Urologische Klinik.....	114
B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	114
B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisations- einheit / Fachabteilung.....	114
B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	114
B-7.4 [unbesetzt].....	115
B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	116
B-7.6 Diagnosen nach ICD.....	117
B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	117
B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	117
B-7.7 Prozeduren nach OPS.....	118
B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	118
B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	118
B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	119
B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	120
B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	121
B-7.11 Personelle Ausstattung.....	122
B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	122
B-7.11.2 Pflegepersonal.....	122
B-7.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	123
B-8 Brustzentrum.....	124
B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	124
B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisations- einheit / Fachabteilung.....	124
B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	124
B-8.4 [unbesetzt].....	125
B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	126
B-8.6 Diagnosen nach ICD.....	126
B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	126
B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	126
B-8.7 Prozeduren nach OPS.....	127
B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	127
B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	127
B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	127
B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	128
B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	129
B-8.11 Personelle Ausstattung.....	129
B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	129
B-8.11.2 Pflegepersonal.....	129
B-9 Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin.....	132
B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	132
B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisations- einheit / Fachabteilung.....	132
B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	132
B-9.4 [unbesetzt].....	133
B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	133
B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	133

B-9.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	133
B-9.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	134
B-9.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	135
B-9.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	135
B-9.11	Personelle Ausstattung.....	136
B-9.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	136
B-9.11.2	Pflegepersonal.....	136
B-10	Institut für Transfusionsmedizin.....	137
B-10.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	137
B-10.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisations- einheit / Fachabteilung.....	137
B-10.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	137
B-10.4	[unbesetzt].....	140
B-10.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	140
B-10.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	140
B-10.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	140
B-10.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	140
B-10.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	140
B-10.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	141
B-10.11	Personelle Ausstattung.....	141
B-10.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	141
B-10.11.2	Pflegepersonal.....	141
B-11	Institut für Hygiene.....	143
B-11.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	143
B-11.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisations- einheit / Fachabteilung.....	143
B-11.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	143
B-11.4	[unbesetzt].....	143
B-11.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	143
B-11.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	143
B-11.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	144
B-11.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	144
B-11.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	144
B-11.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	144
B-11.11	Personelle Ausstattung.....	144
B-11.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	144
B-11.11.2	Pflegepersonal.....	144
B-12	Institut für Pathologie.....	146
B-12.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	146
B-12.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisations- einheit / Fachabteilung.....	146
B-12.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	146
B-12.4	[unbesetzt].....	149
B-12.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	149
B-12.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	149
B-12.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	149
B-12.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	149
B-12.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	149
B-12.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	150
B-12.11	Personelle Ausstattung.....	150
B-12.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	150
B-12.11.2	Pflegepersonal.....	150
C	Qualitätssicherung.....	151

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	151
C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate.....	151
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	151
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	181
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	181
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	181
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	183
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr.....	183
C-5.2 Angaben zum Prognosejahr.....	184
C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr.....	184
C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen.....	184
C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R).....	184
C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V).....	184
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	185
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	185
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr.....	186
C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG.....	186
C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG.....	186
D Qualitätsmanagement.....	188
D-1 Qualitätspolitik.....	188
D-2 Qualitätsziele.....	190
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	196
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements.....	197
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte.....	198
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	199

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Kliniken der Stadt Köln gGmbH – Krankenhaus Holweide
Institutionskennzeichen: 260530318
Standortnummer: 772851000
Standortnummer (alt): 00
Straße: Neufelder Straße 32
PLZ / Ort: 51067 Köln
Telefon: 0221 / 8907 – 0
Telefax: 0221 / 8907 – 2507
E-Mail: postservice@kliniken-koeln.de

Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. Claus Eisenberger
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie am Standort Köln-Holweide
Telefon: 0221 / 8907 – 2644
E-Mail: GrohnertS@kliniken-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name: Silvia Cohnen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektion
Telefon: 0221 / 8907 – 12457
E-Mail: Pflegedirektion@kliniken-koeln.de

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

Verwaltungsleitung

Name: Prof. Dr. med Axel Goßmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0221 / 8907 – 2015
E-Mail: PauseB@kliniken-koeln.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja
Universität: Universität zu Köln

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses

Unsere aktuelle Organisationsstruktur ist unter https://www.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm_Gesamt_05_2022_17711.pdf veröffentlicht.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: trifft nicht zu

Am Standort Holweide befindet sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße.

Detaillierte Informationen unter https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Startseite.htm?ActiveID=1631.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsspektrum:

- Patientenorientierte Pflegekonzepte auf allen Allgemein- und Intensivstationen
- Professionelle pflegerische Versorgung nach aktuellen Pflegestandards und Leitlinien, mit Unterstützung moderner Hilfsmittel und innovativer Software
- Umsetzung der Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Entlassungsmanagement, Förderung der Harnkontinenz, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden)
- Regelmäßige Dekubitusprävalenz-Erhebungen, Sturzerfassung und Auswertung
- Anwendung eines standardisierten Pflege-Assessment-Instruments auf Basis ePA ©AcuteCare
- Sozialdienst/Casemanagement, u.a. Steuerung der elektiven Aufnahmeprozesse/präoperatives Patientenmanagement und strukturiertes Entlassungsmanagement
- Steuerung der Bettenbelegung durch ein Bettenmanagement

- Beratung und Schulung von Angehörigen
- Strukturiertes Schmerzmanagementkonzept
- Organisation und Durchführung Diabetesberatung und -schulungen durch Diabetesberaterin (DDG)
- Modernes Wundmanagement durch nach ICW (Initiative chronische Wunden e.V.) ausgebildete Fachkräfte und einem für alle zugängliches Wundmanual. Kooperation mit HomeCare -Unternehmen Publicare® zur strukturierten Überleitung von Patienten mit Wund-, Stoma und Inkontinenzproblemen
- Organisation und Durchführung von Praktika für: Notfallsanitäter, Rettungssanitäter, Rettungsassistenten, zur Berufsfindung, Hebammenauszubildende, MTRA´s, Medizinstudenten und im Rahmen der Anerkennungsverfahren ausländischer Examina
- Förderung und Durchführung des Freiwilligen Sozialen Jahres in Kooperation mit dem Deutschen Roten Kreuz
- Gelegenheit zur Ableistung des Bundes-Freiwilligendienstes
- Ehrenamtliche Tätigkeiten (z.B. Helfende Hände)
- Supervisions- und Coachingangebote für ausgewählte Bereiche bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP02	Akupunktur Im Kreißaal
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare u.a. durch die Pflegefachkräfte (https://www.kliniken-koeln.de/Pflege___Familiale_Pflege.htm?ActiveID=4571)
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP06	Basale Stimulation
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung vom Sozialdienst
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden Ethische Fallbesprechungen Ethikmentoren auf den Stationen Ethikkomitee
MP14	Diät- und Ernährungsberatung bei z.B. Mangelernährung präoperative Ernährungstherapie im Zentrum für interdisziplinäre Visceralmedizien durch 2 Ernährungstherapeuten
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege ZPM (präoperatives Case-Management) Bereichspflege Überleitungsmanagement, Case Management
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
MP21	Kinästhetik
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP26	Medizinische Fußpflege kann bestellt werden
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP36	Säuglingspflegekurse Anleitung auf der Neugeborenenstation, Babymassagekurse, Stillkaffee
MP37	Schmerztherapie/-management TÜV zertifiziertes Akutschmerzmanagement
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen Informationen unter https://www.kliniken-koeln.de/Pflege___Familiale_Pflege.htm?ActiveID=6279
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker Informationen unter https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Medizinische_Klinik_Diabetologie.htm
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot Umsetzung der Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), Standardisierten Pflege-Assesment-Instruments auf Basis ePA ©AcuteCare, https://www.kliniken-koeln.de/Pflege_Pflegefachexperten.htm?ActiveID=6258
MP43	Stillberatung https://www.kliniken-koeln.de/Frauenklinik_Holweide___Nach_der_Geburt.htm
MP45	Stomatherapie/-beratung durch Pflegeexerte Stomatherapie
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik in Kooperation mit einem Orthopädischem Sanitätshaus
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
MP51	Wundmanagement Modernes Wundmanagement durch nach ICW (Initiative chronische Wunden e.V.) ausgebildete Fachkräfte und einem für alle zugängliches Wundmanual (siehe auch https://www.kliniken-koeln.de/Wundmanagement.htm ActiveID=4781)
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Der Sozialdienst nennt Ihnen bei Bedarf Selbsthilfegruppen / Beratungsstellen in Ihrer Umgebung: https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.htm .
MP01	Akupressur
MP53	Aromapflege/-therapie Therapeutisches Waschen bei Palliativen- und Onkologischen Patienten
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik in der HNO Ambulanz
MP69	Eigenblutspende
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie Homöopathische Sprechstunde für die Geburtshilfe
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
MP63	Sozialdienst Sozialdienst/Casemanagement, u.a. Steuerung der elektiven Aufnahmeprozesse/ präoperatives Patientenmanagement und strukturiertes Entlassungsmanagement siehe auch https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.htm
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit Informationen unter https://www.kliniken-koeln.de/Frauenklinik_Holweide_Geburtsvorbereitung.htm ActiveID=2444
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege Kooperation mit Ausbildungsstätten und bei der Überleitung in die Kurzzeitpflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
	Patientenzimmer	
NM02	Ein-Bett-Zimmer teilweise auf Nachfrage	
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle teilweise auf Nachfrage (auf den renovierten Stationen mit WC und Dusche, Bestandsstationen WC und Waschbecken)	
NM05	Mutter-Kind-Zimmer Familienzimmer auf Anfrage je nach Verfügbarkeit	https://www.kliniken-koeln.de/-Pflege_Holweide_Woechnerinnen_Neugeborene_Station_A1_und_C1.-htm
NM10	Zwei-Bett-Zimmer teilweise – auf Nachfrage (z.B. bei med. Indikation oder Privatpatienten)	
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle teilweise (auf den bereits renovierten Stationen)	
	Besondere Ausstattung des Krankenhauses	
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) TV und WLAN; auf den renovierten Stationen auch Telefon, Tresor	
	Angebote für schulpflichtige Patientinnen und Patienten	
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/ Einrichtung https://www.hilde-domin-schule-koeln.de/	https://www.kliniken-koeln.de/-Schule_fuer_Kranke.htm?ActiveID=5561#Holweide
	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote	
NM07	Rooming-in	https://www.kliniken-koeln.de/-Service_Pressemitteilung_2018_001.-htm

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
	[z. B. bei Begleitpersonen von Kindern (< 12 Jahre) kostenlos, ansonsten kostenpflichtig möglich]	
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	https://www.kliniken-koeln.de/-/Karriere_Ehrenamt.htm
	Patientenbegleitedienst vorhanden und zusätzlich ehrenamtlich Tätige "Helfende Hände" im Einsatz	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	
	fachspezifisch von allen Abteilungen (s. Internet www.kliniken-koeln.de)	
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	https://www.kliniken-koeln.de/-/Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.-htm?ActiveID=3731
	(z.B. FRANKA Selbsthilfegruppe Frauen nach Karzinom e.V. Krankenhaus Holweide) https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Brustzentrum_Beratung.htm?ActiveID=1886	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	https://www.kliniken-koeln.de/-/Gastroenterologie_Kliniken_Koeln_-_Ernaehrungsmedizin.htm?-ActiveID=6333
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	https://www.kliniken-koeln.de/Seelsorge_Krankenhaus_Holweide.htm
NM68	Abschiedsraum	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Markus Coutellier
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Abteilungsleiter Bauabteilung
 Telefon: 0221 / 8907 – 2241
 E-Mail: CoutellierM@Kliniken-Koeln.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
	In folgender Fachabteilung: Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
	In folgender Fachabteilung: Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen teilweise in den sanierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher In folgender Fachabteilung: Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie; zum Teil
BF11	Besondere personelle Unterstützung auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der 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 Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien
BF23	Allergenarme Zimmer In folgender Fachabteilung: Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF24	Diätische Angebote und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienste https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
	Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

Interne Weiterbildungen im AFW:

- Weiterbildung Intensivpflege/Pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie
- Qualifizierung zum/zur Praxisanleiter/in (je nach Ressourcen intern im AFW oder bei externen Bildungseinrichtungen)

Externe Weiterbildungen:

- Externe Weiterbildungen bereichern das Portfolio an. Thema und Ausbildungsstätte werden nach tatsächlich benötigtem Bedarf ausgewählt.

Über die Personalentwicklung werden verschiedene Qualifizierungen angeboten:

- Qualifizierung zum/zur Schmerzmentor/in
- Qualifizierung zum/zur Hygienementor/in
- Qualifizierung zum/zur Ethikmentor/in

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger
	In Kooperation mit der Uniklinik Köln stellen die Kliniken Köln für die praktische Ausbildung Ausbildungsplätze in unseren Fachabteilungen zur Verfügung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger
	Seit dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann, Ausbildungsstart: 1.8. und 1.11. jeden Jahres. Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH führen Vorbereitungskurse zur Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen in der Pflege durch.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Seit dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflege-fach-frau/-mann, Ausbildungsstart: 1.8. und 1.11. jeden Jahres. Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH führen Vorbereitungskurse zur Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen in der Pflege durch.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger Seit dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflege-fach-frau/-mann, Ausbildungsstart: 1.8. und 1.11. jeden Jahres.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer In Kooperation mit dem Klinikum Oberberg entsenden die Kliniken Köln bis zu fünf eigene Auszubildenden an das dortige Bildungszentrum. Dort besuchen die Auszubildenden den theoretischen Unterricht. An den Kliniken Köln wird der praktische Teil der Ausbildung absolviert.
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) Ausbildungsstart auf Anfrage
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) Ausbildungsstart auf Anfrage
HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre) Des Weiteren stellen die Kliniken der Stadt Köln für die praktische Ausbildung im Rahmen der Ausbildung zum "Notfallsanitäter/ Notfallsanitäterin" in Kooperation mit der Stadt Köln (Berufsfeuerwehr) Ausbildungsplätze zur Verfügung.

A-8.3 Forschungsschwerpunkte

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

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

Weitere aktuelle Studien:

Klinik für Viszeral-, Tumor, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie: In Zusammenarbeit mit den Internisten werden mehrere onkologische Studien im Bereich des onkologischen Zentrums durchgeführt.

Perinatalzentrum:

- Teilnahme an der Studie: German Neonatal Network
- Teilnahme an der Multicenter-Studie OPPTIMMAL (OPTimizing Peep To The Immature Lung)

HNO-Klinik mit Kopf- und Halschirurgie:

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

Medizinische Klinik:

Studienzentrum mit den Schwerpunkten:

Gastroenterologie

- Cholangioskopie bei unklaren Gallengangsstenosen
- Prävention von kolorektalen Karzinomen
- neue Behandlungsformen einer Leckage im oberen und unterem GI-Takt.

Onkologie

- Gastrointestinale Tumore, Lymphome
- Kolorektale Karzinome
- Pankreaskarzinom

Brustzentrum:

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

Institut für Pathologie:

Das Institut für Pathologie beteiligt sich aktiv an Forschung und Lehre der Universität Witten/Herdecke. Zurzeit werden mehrere Abschlussarbeiten (Dr. med, Dr. rer. nat., B.Sc.) von habilitierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts betreut.

Forschungsschwerpunkte des Instituts sind diagnostik-nahe Fragestellungen zur Molekularbiologie der Tumore der Atemwege, die Entwicklung neuer Labor-diagnostischer Verfahren (u.a. mit Förderung durch das BMWI), sowie Untersuchungen zur Pathologie akuter und chronischer Atemwegsinfekte (mit Förderung durch die Beatrix-Lichtken-Stiftung und die Lörcher Stiftung).

Der Chefarzt des Instituts verfügt darüber hinaus über die vollständige Facharzt-Weiterbildungsvollmacht im Fach Pathologie und Molekularpathologie.

Im Jahr 2021 wurden 16 wissenschaftliche Publikationen aus dem Institut für Pathologie oder unter dessen Beteiligung veröffentlicht, die PubMed gelistet sind.

Zentrales Institut für Hygiene:

<http://www.hygiene.intern/Wissenschaftliche%20Literatur.htm>

- Diagnostische Studien zum Vergleich von Multiplex PCR-Verfahren zum Screening von Staphylococcus aureus z.B. (MRSA und MSSA).
- BMG gefördertes Projekt zum Nachweis der medizinischen und ökonomischen Vorteilhaftigkeit der Implementierung von Hygienemaßnahmen durch hygienebeauftragte Ärzte in der Unfallchirurgie /Orthopädie (HYGARZT)
- Count Clean Contact (CCC)- Studie (Digitalisierung): Händedesinfektionsaktivitäten auf den teilnehmenden Stationen werden automatisiert und elektronisch erfasst, ausgewertet und zur zeitnahen Rückmeldung an die Mitarbeitenden genutzt. Im Rahmen dessen kommen Feedback-, Nudging- und Gamification-Elemente zum Einsatz um die Händehygiene-Adhärenz zu steigern und die Rate Nosokomialer Infektionen zu senken. Interventionsstudie. (Sponsor: FA. Hartmann), Studienteam: GWA Hygiene GmbH; Statistische Beratung und Analyse, Technische Universität Universität Dortmund, Klinik für Anästhesiologie, Klinik für

Neurochirurgie, Institut für Hygiene; Studienleitung: Prof. Dr. Frauke Mattner, Dr. Robin Otchwemah, Promovendin Frau Meike Neuwirth, Frau Clara Mattner

- Studie zur Ermittlung der Prävalenz und Schweregrad von Long/Post-Covid bei Mitarbeitern der Kliniken der Stadt Köln. Studienteam: Arbeitsmedizinischer Dienst Frau Dr. Schlang, Institut für Hygiene, Ambulanzen Kardiologie, Pneumologie, Neurologie, Nephrologie, LVR-Klinikum Psychosomatik; Studienleitung Prof. Dr. Frauke Mattner, Dr. Gerlinde Schlang, Dr. Rosoalie Gruber, Doktorand cand. Med. Mathias Tack
- Studie zur Ermittlung des wirksamen und sicheren Vancomycinspiegels in der Intensivmedizin durch kontinuierliche intravenöse Gabe: Retrospektive Datenauswertung der Jahre 2010-2022 der 24-stündigen stationären Verlaufsdocumentation von Patient:innen der chirurgischen Intensivstation mit kontinuierlicher Vancomycinapplikation zur Ermittlung eines wirksamen und sicheren Vancomycinserumspiegelbereichs. Studienteam: Institut für Hygiene, Zentralapotheke, Anästhesiologische Intensivmedizin, Statistische Beratung Medizinische Biometrie und Epidemiologie (IMBE) Universität Witten/Herdecke; Studienleitung: Prof. Dr. Frauke Mattner, Dr. Viola Fuchs, Doktorandin Katrin Viertel
- Studie zur regelmäßigen Aufbereitung von RTWs und zur Belastung der Luft mit SARS-CoV-2 während Covid-Patienten-Transporten
- Studie zum Ausbruchmanagement im Krankenhaus
- Molekulare Infektionssurveillance
- Testung von Desinfektionsmaßnahmen
- Studie zur Testung von Antibiotika z.B. PROOF.: In der Studie "Prosthetic Joint infection Outcome with Fosfomycin" wird das Outcome nach chirurgisch und antibiotisch (hier zusätzlich mit Fosfomycin)systematisch therapierten Infektionen in Zusammenhang mit Endoprothesen von Schulter-, Hüft- und Kniegelenk untersucht. Es handelt sich um eine multizentrische Studie unter Leitung der Charite, Berlin.
- Leitung der Studie Noroprevent: deutschlandweite Studie zur Analyse von Norovirusausbrüchen (DVV)
- Erarbeitung von evidenzbasierten Empfehlungen zur Norovirusinfektionsprävention (DVV)

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 407

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 16.797

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 62.614

Fälle in StäB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	150,42
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	150,42
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	117,39
– davon ambulante Versorgungsformen	33,03
Fachärztinnen und Fachärzte	77,74
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	77,74
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	59,71
– davon ambulante Versorgungsformen	18,03
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,06
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,06
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,81
– davon ambulante Versorgungsformen	0,25
Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,03
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,03
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,79
– davon ambulante Versorgungsformen	0,24

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	257,11	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	241,8	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	15,31	
– davon stationäre Versorgung	199,11	
– davon ambulante Versorgungsformen	58	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	38,05	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	38,05	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	34,34	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,71	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	11,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	9,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,36	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	1,67	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,67	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,33	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,34	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	5,14	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,06	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	26,68	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,68	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	21,12	
– davon ambulante Versorgungsformen	5,56	
Hebammen und Entbindungspfleger	13,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	10,27	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,33	
Operationstechnische Assistentinnen und Operations- technische Assistenten	10,06	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,06	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,73	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,33	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	43,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	43,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	32,97	
– davon ambulante Versorgungsformen	10,55	

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

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	46,49	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	46,49	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	35,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	10,77	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	5,47	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,47	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,27	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,08	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	2,21	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,21	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,7	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,51	
Operationstechnische Assistentinnen und Operations- technische Assistenten	10,06	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,06	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,73	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,33	
Medizinische Fachangestellte	2,5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,92	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,58	

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

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	3,02
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,02
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2,32
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,7
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	1,78
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1,37
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,41
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	1,31
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,31
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1,01
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,3
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	16,85
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,85
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	12,95
	- davon ambulante Versorgungsformen	3,9
SP17	Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	0,92
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,71
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,21
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	10,73
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,73
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	8,24
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,49
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	10,23
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,23
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	7,86
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,37
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1,93
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,93
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1,48
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,45

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	2,78
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2,14
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,64
SP40	Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/ Kinderpflegerin und Kinderpfleger	0,03
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,03
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,02
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,01
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,77
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,23

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Dipl. Wirtschaftsingenieur Carsten Thüsing

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter der Abteilung Qualitäts- und klinisches Risikomanagement; Weiterentwicklung der QM – Methoden | Klinisches Risikomanagement | Unternehmenskultur & Leitbild | Zertifizierungen

Telefon: 0221 / 8907 – 2785

Telefax: 0221 / 8907 – 2863

E-Mail: ThuesingC@kliniken-koeln.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
	Name: Nexus Curator/ QM-Handbuch kontinuierliche Aktualisierung Letzte Aktualisierung: 01.07.2021
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM03	Mitarbeiterbefragungen
RM04	Klinisches Notfallmanagement
	Name: Verfahrensanweisungen Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 23.09.2019
RM05	Schmerzmanagement
	Name: Medikamentöser Standard perioperative Akutschmerztherapie Letzte Aktualisierung: 19.11.2021
RM06	Sturzprophylaxe
	Name: Pflegestandard O19 Sturzmanagement Letzte Aktualisierung: 28.07.2021
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
	Name: Pflegestandard WH01 Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 25.05.2021
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name: Verfahrensanweisung Umgang mit Patienten bei Eigen- und Fremdgefährdung Letzte Aktualisierung: 06.03.2017
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name: Verfahrensanweisung zur Umsetzung MPG und MPBetreibV Letzte Aktualisierung: 30.07.2021

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
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 erwarteter Blutverlust
	Name: Verfahrensweisung Umgang mit Sicherheitscheckliste Team Time Out, Letzte Aktualisierung: 08.05.2017
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
	Name: Verfahrensweisung Patientenidentifikation, Vermeidung von Verwechslungen; präoperative OP Checkliste der Station Letzte Aktualisierung: 21.09.2017
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
	Name: Verfahrensweisung Patientenidentifikation (siehe 15.) Letzte Aktualisierung: 21.09.2017
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
	Name: Geschäftsordnung: Vorbereitung und Durchführung von Operationen Letzte Aktualisierung: 17.02.2022
RM18	Entlassungsmanagement
	Name: Verfahrensweisung Entlassung Letzte Aktualisierung: 24.01.2018

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
IF01	Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermelde- system liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 20.07.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Frequenz: quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehler- meldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Frequenz: halbjährlich

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

Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

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

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

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?
 Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹
Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	5
Die Krankenhaushygieniker des Instituts für Hygiene sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig. Vier Mitarbeiterinnen absolvieren derzeit die Weiterbildung.	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	9
Die Hygienebeauftragte-Ärztinnen und Ärzte sind für das Klinikum Holweide zuständig.	
Hygienefachkräfte (HFK)	11
Die HFK sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig.	
Hygienebeauftragte in der Pflege	17
Die geschulten Hygienementoren sind für das Klinikum Holweide zuständig.	

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Prof. Dr. med Claus Eisenberger
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt der Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie
 Telefon: 0221 / 8907 – 2644
 E-Mail: chirurgie-holweide@kliniken-koeln.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: halbjährlich

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

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

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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

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

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: ja

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung ja
 und Verbandwechsel liegt vor:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder ja
 die Arzneimittelkommission oder die Hygiene-
 kommission autorisiert:

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensiv- ja
 stationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensiv- 174 ml/Patiententag
 stationen:

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemein- ja
 stationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen 41 ml/Patiententag
 Allgemeinstationen:

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs ja
 erfolgt auch stationsbezogen:

Der Verbrauch liegt für die meisten Stationen über dem Median der Referenzdaten nach Hand-KISS. Ausnahmen: ICM, Gynäkologie/Geburtshilfe.

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
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 ¹	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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 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

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

Für alle MRE-positiven Patienten werden spezifische Infektionspräventionmaßnahmen durchgeführt.

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS MRSA-KISS STATIONS-KISS
	Die hauseigenen Ergebnisse werden kontinuierlich mit Referenzdaten abgeglichen. Die Erfassung von Wundinfektionen erfolgt analog dem OP-KISS Modul. Zudem Teilnahme an ITS-KISS, MRE-KISS und COSIK.	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Hygienefachkräftenetzwerk der Region Bundesministerium für Gesundheit unterstützten GNN-Studie MRE Netzwerk: Labor, regio rhein ahr HYGPFLEG-Netzwerk Ständige Arbeitsgemeinschaft Hygiene der DGHM Netzwerk Zukunft + Hygiene (NZH)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	
	Zusätzlich zu den Schulungen vor Ort erfolgt eine mindestens jährliche Onlineschulung aller Mitarbeiter.	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Frau Christiana Dornbusch Patientenfürsprecherin Holweide Telefon: 0221 / 8907 – 2559 Telefax: 0221 / 8907 – 2906 E-Mail: Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de Frau Ursula Reinehr-Holtschneider Patientenfürspecherin Holweide Telefon: 0221 / 8907 – 2559 Telefax: 0221 / 8907 – 2432 E-Mail: Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de
	Die Patientenfürsprecherin oder ihre Vertreterin ist mindestens einmal wöchentlich im Haus und bearbeitet die telefonisch, persönlich oder schriftlich eingehenden Rückmeldungen. Auf Wunsch werden ebenfalls Termine vor Ort vereinbart. Sprechzeiten entnehmen Sie bitte den Aushängen / Flyern. Ein Kontaktformular steht im Internet zur Verfügung: https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm .	
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	
	Meinungsbögen können auch anonym genutzt werden. Auch die Patientenfürsprecherin steht auf Wunsch für eine anonymisierte Beschwerde zur Verfügung (siehe Aushänge und Flyer in der Eingangshalle oder auf den Stationen).	
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	
	Eine kontinuierliche Patientenbefragung wird durchgeführt. Ein Bericht wird halbjährlich intern veröffentlicht.	
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	
	Einweiserbefragungen werden regelmäßig durchgeführt. Die nächste Einweiserbefragung findet im Jahr 2022 statt..	

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	17
Weiteres pharmazeutisches Personal	20

¹ Anzahl der Personen

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
Allgemeines		
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
Medikationsprozess im Krankenhaus		
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 klinik-Center®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
	Teilnahme der Apotheke am antibiotic stewardship.	
	Entlassung	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	<input checked="" type="checkbox"/>
	Stephanie / Sophie, Fa. Stefan		
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>
	Philips Incisive CT		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	---- ²
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim		
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<input checked="" type="checkbox"/>
	Incu i, Fa. Atom Medical		
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	---- ²
	PillCam Platform, Fa. Medtronic		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	---- ²
	u.a. Lithoskop Siemens		

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung z.B. auch ECMO in Kooperation mit der Lungenklinik im Krankenhaus Merheim		<input checked="" type="checkbox"/>
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) 1.5.T Achieva Fa. Philips	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input checked="" type="checkbox"/>
AA23	Mammographiegerät von Hologic: 3Dimensions (Röntgengerät), Affirm Prone (Biopsy), Brevera 200 (Biopsy)	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	---- ²
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren in Kooperation mit der Medizinischen Klinik I Nephrologie im Krankenhaus Merheim	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT) E.CAM von Siemens	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	---- ²
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde Firma Crystal Gammaprobe, Firma Neoprobe	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	---- ²
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz Urodiagnost MRF	Harnflussmessung	---- ²

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

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

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

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: ja

Stufe der Notfallversorgung, welcher das Krankenhaus zugeordnet ist

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Kommentar:

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3): nein

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt:
Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b 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 Organisationseinheiten / Fachabteilungen

1 Klinik für Anästhesiologie.....	51
2 Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie.....	55
3 Frauenklinik & Geburtshilfe.....	74
4 Perinatalzentrum.....	84
5 Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie.....	92
6 Medizinische Klinik.....	100
7 Urologische Klinik.....	114
8 Brustzentrum.....	124
9 Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin.....	132
10 Institut für Transfusionsmedizin.....	137
11 Institut für Hygiene.....	143
12 Institut für Pathologie.....	146

B-1 Klinik für Anästhesiologie

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Anästhesiologie

Name: Klinik für Anästhesiologie

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Mark Gerbershagen

Funktion / Chefarzt der Anästhesiologie

Arbeits-
schwer-
punkt:

Telefon: 0221 / 8907 – 2689

Telefax: 0221 / 8907 – 2690

E-Mail: GerbershagenM@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Straße 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

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

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

Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Anästhesiologie

Die Abteilung für Anästhesie, operative Intensivstation und Schmerztherapie versorgt alle operativen Kliniken, sowie die Innere Medizin mit anästhesiologischen Leistungen. Im operativen Bereich werden pro Jahr insgesamt ca. 12.000 Anästhesien durchgeführt, davon etwa 9.000 Allgemeinanästhesien, 2.000 Spinalanästhesien, sowie 1.000 Peridural- und Regionalanästhesien.

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Geburtshilfliche Anästhesie und Analgesie (Narkose und Schmerzausschaltung)
- Interdisziplinäre Intensivmedizin unter Leitung der Klinik für Anästhesiologie
- Schmerzkonsildienst für stationäre Patienten: etwa 80 – 90 Konsile pro Quartal bei persistierenden postoperativen, bei chronischen oder tumorbedingten Schmerzen.
- Bei medizinischen Notfällen (Reanimationen) im Krankenhaus Holweide ist die Klinik für Anästhesiologie federführend tätig.

Weitere Informationen über die Fachabteilung finden Sie auch auf der Homepage https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Anaesthesiologie_Startseite.htm?ActiveID=1622

B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Anästhesiologie

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	27,24
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,24
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	19,5
– davon ambulante Versorgungsformen	7,74
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	15,68
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,68
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	11,22
– davon ambulante Versorgungsformen	4,46
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie mit WB-Ermächtigung

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	4,61	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,04	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,57	
– davon stationäre Versorgung	3,3	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,31	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,11	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,11	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,03	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,14	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,04	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,01	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,06	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,04	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,61	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,61	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,44	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,17	
Medizinische Fachangestellte	0,31	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,31	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,22	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,09	

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement

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

Bitte Ausfüllhinweise des G-BA beachten.

B-2 Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie

B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie

Name: Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie

Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Claus F. Eisenberger

Funktion / Arbeits-schwer-punkt: Chefarzt der Klinik für Viszeral-, Tumor, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie am Standort Holweide und Merheim

Telefon: 0221 / 8907 – 2643

Telefax: 0221 / 8907 – 2377

E-Mail: EisenbergerCF@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelderstrasse 32

PLZ / Ort: 51067 Köln – Holweide

Name: Prof. Dr. med. Markus. M. Heiss

Funktion / Arbeits-schwer-punkt: Chefarzt der Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie am Holweide und Merheim

Telefon: 0221 / 8907 – 3770

Telefax: 0221 / 8907 – 8561

E-Mail: HeissM@kliniken-koeln.de

Straße: Ostmerheimerstrasse 200

PLZ / Ort: 51109 Köln

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie

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

Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie

Die beiden Viszeralchirurgischen Kliniken der Krankenhäuser Köln-Holweide und Köln-Merheim haben sich zu einer Klinik für Viszeral-, Tumor-, Gefäß- und Transplantationschirurgie zusammengeschlossen. Diese Klinik an den Standorten Holweide und Merheim wird durch die Herren Prof. Eisenberger und Prof. Heiss kollegial geleitet.

Die **Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie am Standort Köln-Holweide** behandelt von kleinen, ambulant durchgeführten Eingriffen, über minimalinvasive Eingriffe bis hin zur ausgedehnten komplexen Tumorchirurgie, Unfallchirurgie und Kyphoplastie:

Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie

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

Minimalinvasive Chirurgie

Wir führen alle Eingriffe auch minimalinvasiv durch:

- Gallenblasenentfernung
- Refluxchirurgie/Refluxbeseitigung an der Speiseröhre (Fundoplikatio, Magnetband, Schrittmacher)
- Eingriffe an Magen, Darm und Milz
- Darmresektionen
- Blinddarmentfernung

- Leisten- und Narbenbruchoperationen
- Resektionen der Bauchspeicheldrüse (Pankreas), des Magens und der Leber

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
	Metastasen Chirurgie, Bullaresektion, Hyperhidrosis
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC18	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäß-erkrankungen
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	Varikosis
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
	Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Pankreas
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
	Darmtumoren, akut- und chron. entzündliche Darmerkrankungen, transanale endoskopische Mikrochirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	Minimalinvasiv, Tumore und chron. Erkrankungen
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
	Pankreas, Ösophagus, Leber, Darm, Sarkome
VC60	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	Hüftgelenkendoprothesen
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochen-entzündungen
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VC45	Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC53	Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen Laparoskopie, Nebenniere, Milz, Schilddrüse, Gallenblase, Darm, Fundoplikatio / Reflux
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen NOTES
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde Diabetischer Fuß, Proktologie, siehe auch B-2.8
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI20	Intensivmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO13	Spezialsprechstunde
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Arthroskopische Operationen
VO21	Traumatologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie
VR18	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Szintigraphie
VR21	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR25	Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern
VR40	Allgemein: Spezialsprechstunde
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Darmzentrum
VX00	Kontinenzzentrum
VX00	Leber- Pankreas- und Ösophaguschirurgie
VX00	Multivisceralresektionen
VX00	Zentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie
VX00	Zertifiziertes Referenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie

B-2.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie mit Sektion Unfallchirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1.770

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.6 Diagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteinleiden	176
2	K40	Leistenbruch (Hernie)	95
3 – 1	K35	Akute Blinddarmentzündung	81
3 – 2	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	81
5	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	75
6	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	70
7	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	55
8	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	48
9	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	45
10	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	41

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
S27	Verletzung sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe im Brustkorb	15
K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	14
S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	13
C16	Magenkrebs	13
C17	Dünndarmkrebs	12
M54	Rückenschmerzen	12
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	10
K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	10
M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	10
C15	Speiseröhrenkrebs	10
D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	8
K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	8
S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	7
T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	7
K25	Magengeschwür	7
K62	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters	7
D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	7
K26	Zwölffingerdarmgeschwür	7
K63	Sonstige Krankheit des Darms	6

ICD	Bezeichnung	Anzahl
D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	5
K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	5
K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	5
C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	5
E21	Überfunktion bzw. sonstige Krankheit der Nebenschilddrüsen	5
S43	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels	5
C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	4
E05	Schilddrüsenüberfunktion	4
C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
C19	Dickdarmkrebs am Übergang von Grimmdarm (Kolon) zu Mastdarm (Rektum)	< 4
D34	Gutartiger Tumor der Schilddrüse	< 4

B-2.7 Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	465
2	5-469	Sonstige Operation am Darm	290
3	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	261
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungen-schlagader und im rechten Vorhof des Herzens	226
5	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	194
6	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	182
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	170
8	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	133
9	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	117
10	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	100

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	38
5-448	Sonstige wiederherstellende Operation am Magen	35
5-454	Operative Dünndarmentfernung	34
5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	34
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	32

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	32
5-524	Operative Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse	31
5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	30
5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	29
5-465	Rückverlagerung eines künstlichen (doppelläufigen) Darmausganges in den Bauchraum und Wiederherstellung der Durchgängigkeit des Darmes	27
5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	25
5-467	Sonstige wiederherstellende Operation am Darm	25
5-484	Operative Mastdarmentfernung (Rektumresektion) mit Beibehaltung des Schließmuskels	24
5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	23
5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	23
1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	22
5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	19
5-462	Anlegen eines künstlichen Darmausganges, als schützende Maßnahme im Rahmen einer anderen Operation	17
5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	15
5-514	Sonstige Operation an den Gallengängen	14
5-471	Entfernung des Blinddarms im Rahmen einer anderen Operation	13
5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	13
5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	13
5-460	Anlegen eines künstlichen (doppelläufigen) Darmausganges, als selbstständige Operation	12
1-551	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber durch operativen Einschnitt	12
5-067	Operative Entfernung einer oder mehrerer Nebenschilddrüsen	12
5-538	Operativer Verschluss eines Zwerchfellbruchs (Hernie)	12
5-792	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	12
5-545	Operativer Verschluss der Bauchwand bzw. des Bauchfells (Peritoneum)	10
5-539	Operativer Verschluss eines sonstigen Weichteilbruchs im Bauchbereich (Hernie)	10

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: Privatversicherte und Zusatzversicherte

Nr.	Angebote Leistung
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
VC06	Herzchirurgie: Defibrillatöreingriffe

Nr.	Angebotene Leistung
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC18	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC60	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endo- prothetik
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubital- geschwüren
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC00	Privat- und zusatzversicherte chirurgische Leistungen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO13	Spezialsprechstunde
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VO21	Traumatologie

Schilddrüsenambulanz

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

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

Nr.	Angebotene Leistung
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
VC00	Diagnose und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen

Hepatobiliäre Sprechstunde (Leber- und Bauchspeicheldrüsensprechstunde)

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
VC00	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Pankreas (Bauchspeicheldrüse), Leber und des Duodenums, Chron. Pankreatitis

Tumorsprechstunde

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
VC12	Thoraxchirurgie: Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC17	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC60	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC51	Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC00	Diagnostik und Therapie von Tumorerkrankungen der Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse, Leber und des Magen-Darm-Trakts

Proktologische Sprechstunde

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

Erläuterung: Alle Erkrankungen des Afters und des Enddarms, Beckenbodenschwäche

Nr.	Angebotene Leistung
VC18	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
VC00	Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen des Enddarms

Handsprechstunde

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

Erläuterung: Erkrankungen und Verletzungen des Bindegewebes, der Sehnen, Gelenke und Knochen der Hand

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Diagnostik und Therapie aller Verletzungen des Handgelenks und der Hand
VC00	Diagnostik und Therapie des Karpaltunnelsyndroms
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO13	Spezialsprechstunde
VO16	Handchirurgie
VO17	Rheumachirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Arthroskopische Operationen

D-Arzt Sprechstunden

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC17	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC51	Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VX00	Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen

Notfallambulanz

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

Erläuterung: 24 Stunden ausschließlich für Notfälle aller Art

Nr.	Angebotene Leistung
VX00	Diagnostik und Therapie aller Notfallerkrankungen und -verletzungen
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
VC06	Herzchirurgie: Defibrillatöreingriffe
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
VC12	Thoraxchirurgie: Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen

Nr.	Angebotene Leistung
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC18	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC60	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endo- prothetik
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubital- geschwüren
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC45	Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC49	Neurochirurgie: Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC51	Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzkrankungen
VC53	Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
VC65	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin

Fußsprechstunde

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

Nr.	Angebotene Leistung
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VC00	Diagnostik und Therapie diabetischer Fußkrankungen

Refluxsprechstunde

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

Erläuterung: Refluxerkrankungen der Speiseröhre

Nr.	Angebotene Leistung
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	133
2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	59
3	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	29
4	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	25
5	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	24
6	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	21
7	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	12
8 – 1	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	10
8 – 2	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	10
10	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	8

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

außer SUVGoÄ der Berufsgenossenschaft

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	20,78
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,78
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	18,87
– davon ambulante Versorgungsformen	1,91
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	10,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,01
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,09
– davon ambulante Versorgungsformen	0,92

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie mit WB-Ermächtigung
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie mit WB-Ermächtigung
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie mit WB-Ermächtigung

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin mit WB-Ermächtigung
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie mit WB-Ermächtigung
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie mit WB-Ermächtigung

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	20,75	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,17	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2,58	
– davon stationäre Versorgung	18,85	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,9	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,48	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,44	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,63	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,63	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,57	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,06	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,17	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,15	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,27	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,25	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	2,76	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,76	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,51	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,25	
Medizinische Fachangestellte	4,3	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,91	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,39	

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP27	OP-Koordination/OP-Management

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

B-3 Frauenklinik & Geburtshilfe

B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenklinik & Geburtshilfe

Name: Frauenklinik & Geburtshilfe
 Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Werner Neuhaus
 Funktion / Chefarzt der Frauenklinik & Geburtshilfe
 Arbeits-
 schwer-
 punkt:
 Telefon: 0221 / 8907 – 2736
 Telefax: 0221 / 8907 – 2745
 E-Mail: NeuhausW@kliniken-koeln.de
 Straße: Neufelder Str. 32
 PLZ / Ort: 51067 Köln

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

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

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

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG05	Endoskopische Operationen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde Unter anderem auch Beratung von Risikoschwangeren
VG16	Urogynäkologie
VG19	Ambulante Entbindung
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten
VK25	Neugeborenenenscreening
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
VK28	Pädiatrische Psychologie
VK29	Spezialsprechstunde
VK30	Immunologie
VK31	Kinderchirurgie
VK32	Kindertraumatologie
VK33	Mukoviszidosezentrum
VK34	Neuropädiatrie
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum
VK36	Neonatologie
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen

B-3.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenklinik & Geburtshilfe

Vollstationäre Fallzahl: 4.249

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.6 Diagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	993
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	381
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	240
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	235
5	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	231
6	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	122
7	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	117
8	P08	Störung aufgrund langer Schwangerschaftsdauer oder hohem Geburtsgewicht	104
9	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	99

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	82

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
O60.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung	128
O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	79
C56	Eierstockkrebs	18
O35.8	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Fetus	16
C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	12
C53	Gebärmutterhalskrebs	7
O32.5	Betreuung der Mutter bei Mehrlingsschwangerschaft mit Lage- und Einstellungsanomalie eines oder mehrerer Feten	6
N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	< 4

B-3.7 Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.460
2	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	1.019
3	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	855
4	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	727
5	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	689
6	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	173
7	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	125
8	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut – Ausschabung	122
9	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	107
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungen-schlagader und im rechten Vorhof des Herzens	95

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
9-262.1	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.154
5-749.1	Sonstiger Kaiserschnitt	742
5-749.0	Sonstiger Kaiserschnitt	276
1-471.2	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter-schleimhaut ohne operativen Einschnitt	41
5-653.32	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	35

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-682.02	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	34
5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	20
5-720	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Geburtszange	8
5-714	Operative Entfernung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	6
5-401.b	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	5
5-404	Komplette, operative Entfernung aller Lymphknoten als selbstständige Operation	< 4
5-754.11	Behandlung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter	< 4
5-685.3	Operative Entfernung der Gebärmutter einschließlich des umgebenden Gewebes sowie des oberen Anteils der Scheide	< 4

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatsprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde
VG16	Urogynäkologie
VG19	Ambulante Entbindung

Inkontinenz-Sprechstunde

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

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG15	Spezialsprechstunde
VG16	Urogynäkologie

Mehrlingssprechstunde

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG15	Spezialsprechstunde
VG00	Beratung und Betreuung von Mehrlingsschwangerschaften

Pränatale Sprechstunde

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

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG15	Spezialsprechstunde
VG00	Beratung und Betreuung bei körperlichen und psychischen Veränderungen und Vorgängen bei Schwangeren und dem Fetus, die durch die Schwangerschaft und die bevorstehende Geburt hervorgerufen werden.
VG00	Pänatale Diagnostik bedeutet Untersuchungen am bzw. in Bezug auf Embryo bzw. Fötus und Schwangeren.
VG00	Pänatale Medizin ist die vorgeburtliche Untersuchung und Behandlung ungeborener Kinder.

Diabetes und Schwangerschaft

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG15	Spezialsprechstunde
VG00	Betreuung und Beratung von Schwangeren, die zuckerkrank sind.

Onkologische Sprechstunde

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG15	Spezialsprechstunde
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI37	Onkologische Tagesklinik

ZPM-Sprechstunde

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

Myomsprechstunde

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG05	Endoskopische Operationen
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde

Geburtsplanungs-Sprechstunde

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG15	Spezialsprechstunde

Dysplasie Sprechstunde

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	112
2	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	88
3	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut – Ausschabung	81

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	32
5	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	16
6	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	14
7	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	12
8	5-667	Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas	11
9	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	10
10	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	6

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	17,81
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,81
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,45
– davon ambulante Versorgungsformen	4,36
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,98
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,98
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,27
– davon ambulante Versorgungsformen	1,71

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	35,1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2,52	
– davon stationäre Versorgung	26,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	8,6	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3,38	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,38	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,55	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,83	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,61	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,61	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,46	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,15	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,16	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,16	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,12	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,73	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,73	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,31	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,42	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	3,62	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,62	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,73	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,89	
Hebammen und Entbindungspfleger	13,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	10,27	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,33	
Medizinische Fachangestellte	2,9	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,19	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,71	

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP27	OP-Koordination/OP-Management

B-4 Perinatalzentrum

B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Perinatalzentrum

Name: Perinatalzentrum
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Herr Prof. Dr. med Michael Weiß
Funktion / Chefarzt der Kinder- und Jugendmedizin inkl. Perinatalzentrum
Arbeits-
schwer-
punkt:
Telefon: 0221 / 8907 – 5201
Telefax: 0221 / 8907 – 5476
E-Mail: ToennesB@kliniken-koeln.de
Straße: Neufelder Str. 32
PLZ / Ort: 51067 Köln

Name: Herr Dr. med. Marc Hoppenz
Funktion / Ärztlicher Leiter des Perinatalzentrums
Arbeits-
schwer-
punkt:
Telefon: 0221 / 8907 – 5451
Telefax: 0221 / 8907 – 5395
E-Mail: HoppenzM@kliniken-koeln.de
Straße: Neufelder Str. 32
PLZ / Ort: 51067 Köln

Das Perinatalzentrum ist Teil des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße.

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

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

Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Perinatalzentrum

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

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

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

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

B-4.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Perinatalzentrum

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

haus auf der interdisziplinären pädiatrischen Intensivstation, der Frühgeborenenstation und auf der Säuglingsstation behandelt.

Vollstationäre Fallzahl: 258

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.6 Diagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	P22	Atemnot beim Neugeborenen	112
2	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	106
3	P28	Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	11
4 – 1	Q33	Angeborene Fehlbildung der Lunge	< 4
4 – 2	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	< 4
4 – 3	Q42	Angeborenes Fehlen oder angeborene(r) Verschluss bzw. Verengung des Dickdarms	< 4
4 – 4	P24	Atemnot oder Lungenentzündung des Neugeborenen durch Einatmung von Fruchtwasser	< 4
4 – 5	P21	Atemstillstand (Asphyxie) des Kindes während der Geburt	< 4
4 – 6	P36	Blutvergiftung (Sepsis) durch Bakterien beim Neugeborenen	< 4
4 – 7	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	< 4
4 – 8	P90	Krämpfe beim Neugeborenen	< 4
4 – 9	P05	Mangelentwicklung bzw. Mangelernährung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter	< 4
4 – 10	Z38	Neugeborene	< 4
4 – 11	P01	Schädigung des ungeborenen Kindes bzw. des Neugeborenen durch mütterliche Schwangerschaftskomplikationen	< 4
4 – 12	P54	Sonstige Blutung beim Neugeborenen	< 4
4 – 13	P61	Sonstige Krankheit des Blutes in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	< 4
4 – 14	P81	Sonstige Störung der Temperaturregulation beim Neugeborenen	< 4
4 – 15	P91	Sonstige Störung des Gehirns beim Neugeborenen	< 4
4 – 16	P96	Sonstiger Zustand, der seinen Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt hat	< 4
4 – 17	P08	Störung aufgrund langer Schwangerschaftsdauer oder hohem Geburtsgewicht	< 4
4 – 18	P25	Überblähung der Lunge (Emphysem) bzw. ähnliche Zustände mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	< 4
4 – 19	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	< 4

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

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

sowie mit der Kinderchirurgie und Kinderurologie des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße.

B-4.7 Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	426
2	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	253
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungen-schlagader und im rechten Vorhof des Herzens	223
4	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	216
5	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	169
6	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie	112
7	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	81
8	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	75
9	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	43
10	8-700	Offenhalten der Atemwege durch einen Schlauch über Mund oder Nase	41

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

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

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Bei Bedarf im Kinderkrankenhaus über die Kinderchirurgie und Kinderurologie.

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	7,26
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,26
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7,26
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,27
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,27
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,27
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin mit WB-Ermächtigung
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie mit WB-Ermächtigung

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF03	Allergologie mit WB-Ermächtigung
ZF07	Diabetologie
ZF15	Intensivmedizin mit WB-Ermächtigung

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

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	5,26	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,69	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,57	
– davon stationäre Versorgung	5,26	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	23,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	23,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,14	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,14	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,04	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,04	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,06	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,61	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,61	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,61	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,31	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,31	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,31	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement

B-5 Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie

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

Name: Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

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

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

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

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

Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

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

Standard-Eingriffe

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

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Tumorchirurgie im Kopf-Hals-Bereich
- Interdisziplinäre Kopfchirurgie: Tumore der Augenhöhle und der Schädelbasis, Versorgung von Knochenbrüchen im Mittelgesicht in Zusammenarbeit mit der Augenklinik, Neurochirurgie und Unfallchirurgie in Merheim
- Implantationschirurgie am Mittel- und Innenohr zur Hörverbesserung

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

Schwerpunkt-Zentren der Fachabteilung:

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH01	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH02	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH03	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH04	Ohr: Mittelohrchirurgie
VH05	Ohr: Cochlearimplantation
VH06	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH07	Ohr: Schwindeldiagnostik/-therapie
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH09	Nase: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH10	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH11	Nase: Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
VH12	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
VH13	Nase: Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VI32	Nase: Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim
VH14	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH15	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH16	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH17	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH24	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen in Kooperation mit der Neurologie im Krankenhaus Merheim
VH25	Mund/Hals: Schnarchoperationen
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH19	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH20	Onkologie: Interdisziplinäre Tumornachsorge
VH21	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
VH22	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VH26	Allgemein: Laserchirurgie

B-5.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

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

Vollstationäre Fallzahl: 1.658

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-5.6 Diagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	154
2	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	111
3	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	89
4	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	81
5	R04	Blutung aus den Atemwegen	69
6	C32	Kehlkopfkrebs	67
7	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	60
8	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	55
9	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	50
10	I78	Krankheit der kleinsten Blutgefäße (Kapillaren)	44

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
J34.2	Nasenseptumdeviation	124
C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	13
C02	Sonstiger Zungenkrebs	9
D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	5
C04	Mundbodenkrebs	5

B-5.7 Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	415
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	189
3	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	154
4	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	144
5 – 1	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	119
5 – 2	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	119

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	111
8	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) – Tonsillektomie ohne Adenotomie	107
9	1-546	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Mundrachen durch operativen Einschnitt	95
10	5-221	Operation an der Kieferhöhle	86

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	28
5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	26
5-302	Sonstige teilweise Entfernung des Kehlkopfes	16
5-295.1	Operative Entfernung von Teilen des Rachens	11
5-301	Operative Entfernung einer Kehlkopfhälfte	10
5-197	Operativer Einsatz einer Steigbügelprothese	10
5-263	Wiederherstellende Operation an einer Speicheldrüse bzw. an einem Speicheldrüsenausführungsgang	9
5-209.2	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	8
5-303	Operative Entfernung des Kehlkopfes	6
5-184	Operative Korrektur absteigender Ohren	< 4

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine HNO-Ambulanz

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

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

Nr.	Angebotene Leistung
VH01	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH02	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH03	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH04	Ohr: Mittelohrchirurgie
VH05	Ohr: Cochlearimplantation
VH06	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH07	Ohr: Schwindeldiagnostik/-therapie
VH27	Ohr: Pädaudiologie
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH09	Nase: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH10	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH13	Nase: Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VI32	Nase: Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VH14	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH15	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH16	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH17	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH24	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
VH25	Mund/Hals: Schnarchoperationen
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH19	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH20	Onkologie: Interdisziplinäre Tumornachsorge
VH21	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
VH23	Allgemein: Spezialsprechstunde
VH26	Allgemein: Laserchirurgie
VH00	konsiliarische Beratung auf Überweisungen von HNO-Ärzten
VH00	Laserchirurgische Eingriffe
VH00	logopädische Untersuchungen und Therapien
VH00	Tumornachsorge und ambulante Nachsorge bis 6 Wochen nach dem stationären Aufenthalt
VH00	Untersuchungen bei Hörstörungen im Kindesalter (Pädaudiologie) auf Überweisungen von HNO-Ärzten und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin

Privat-Ambulanz

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

Notfall-Ambulanz (24 Stunden)

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

Vor- und nachstationäre Leistungen

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

Tumornachsorge

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

Nr.	Angebotene Leistung
LK15_11	Anlage 3 Nummer 1: 11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen

Zusätzliche Spezialsprechstunden:

- Cochlear Implant
- Plastische Operationen

- Stimmstörungen
- Morbus Osler
- Erkrankungen der Speicheldrüsen

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	96
2	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	56
3 – 1	8-171	Behandlung durch Spülung (Lavage) des Ohres	< 4
3 – 2	8-101	Fremdkörperentfernung ohne operativen Einschnitt	< 4
3 – 3	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) – Tonsillektomie ohne Adenotomie	< 4
3 – 4	5-181	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	< 4
3 – 5	5-921	Operative Wundversorgung und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut bei Verbrennungen oder Verätzungen	< 4
3 – 6	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	< 4
3 – 7	5-211	Operativer Einschnitt in die Nase	< 4
3 – 8	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	< 4
3 – 9	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
3 – 10	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	< 4

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	14,02
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,02
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,31
– davon ambulante Versorgungsformen	4,71
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,13
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,13
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,74
– davon ambulante Versorgungsformen	2,39

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF33	Plastische Operationen

B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	25,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,05	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,55	
– davon stationäre Versorgung	17	
– davon ambulante Versorgungsformen	8,6	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	1,1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,73	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,37	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,38	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,38	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,92	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,46	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,1	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,07	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,03	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,16	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,16	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,11	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,05	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	2,23	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,23	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,48	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,75	
Medizinische Fachangestellte	1,84	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,84	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,22	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,62	

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement

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

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

siehe B.1-12.3

B-6 Medizinische Klinik

B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Medizinische Klinik

Name: Medizinische Klinik

Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Arno Dormann

Funktion / Chefarzt

Arbeits-
schwer-
punkt:

Telefon: 0221 / 8907 – 2602

E-Mail: med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Straße 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

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

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

Ja

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Medizinische Klinik

Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

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

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

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

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

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

Der Aufbau des standortübergreifenden, viszeralmedizinischen Zentrums seit Anfang 2021 abgeschlossen. Es stehen nun an beiden Standorten entsprechende viszeralmedizinische Stationen zur Verfügung. Weitere klinische Studien wurden etabliert. Viele neue, endoskopische Verfahren konnten in den letzten Monaten etabliert werden.

Unter anderem werden folgende Spezialuntersuchungen angeboten:

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde siehe auch B-6.8
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI35	Endoskopie
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

B-6.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Medizinische Klinik

Vollstationäre Fallzahl: 4.958

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-6.6 Diagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	252
2	I50	Herzschwäche	219
3	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	201
4	K80	Gallensteinleiden	148
5	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	146
6	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	145
7	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	141
8	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	138
9	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	124
10	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	122

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	51
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	44
K83.1	Verschluss des Gallenganges	44
K26	Zwölffingerdarmgeschwür	43
C16	Magenkrebs	42
K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	41
C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	40
A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	37
C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst – Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	36
C15	Speiseröhrenkrebs	32
I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	32
A46	Wundrose – Erysipel	29
K50	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms – Morbus Crohn	26
A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	26
C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	23
K83.0	Cholangitis	20
C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	20
K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms – Colitis ulcerosa	18
F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	18
A04.5	Enteritis durch Campylobacter	15

ICD	Bezeichnung	Anzahl
C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	11
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang	9
C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht – Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	9
K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	9
C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	5
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	< 4
C19	Dickdarmkrebs am Übergang von Grimmdarm (Kolon) zu Mastdarm (Rektum)	< 4
C23	Gallenblasenkrebs	< 4
C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	< 4
A40	Blutvergiftung (Sepsis), ausgelöst durch Streptokokken-Bakterien	< 4

B-6.7 Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	2.911
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	2.022
3	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	1.760
4	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	1.280
5	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	722
6	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	628
7	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	446
8	5-469	Sonstige Operation am Darm	418
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	395
10	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	387

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
1-632.0	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	2.641
8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	95
8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	72
5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	66
1-316	Säuremessung in der Speiseröhre	66
5-433	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens	56
1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	54
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	48
1-632.1	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	34
5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	30
1-445	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberen Verdauungstrakt mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle	29

OPS	Bezeichnung	Anzahl
1-636	Untersuchung des Dünndarmabschnitts unterhalb des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	22
1-643	Untersuchung der Gallengänge durch eine direkte Spiegelung – POCS	18
1-656	Untersuchung des Grimmdarms (Kolon) durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera	7
5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	6
5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	5
1-641	Untersuchung der Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

Folgende Spezialsprechstunden werden angeboten:

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

Onkologische Ambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI38	Palliativmedizin
VI00	Kontrolle nach Schrittmacher- und Defibrillatoreimplantationen
VI00	onkologische und hämatologische Therapie

Chefarztambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: Behandlung privat- oder zusatzversicherter Patientinnen und Patienten

Nr.	Angebotene Leistung
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Nr.	Angebotene Leistung
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI35	Endoskopie
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Schrittmacherambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	38
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	19
3	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	18
4	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	15
5	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	9
6	1-655	Spezialfärbung der Dün- und Dickdarmschleimhaut und der Schleimhaut des Afters während einer Spiegelung	6
7 – 1	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	5
7 – 2	1-63a	Untersuchung des Dünndarms durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera	5
9	5-469	Sonstige Operation am Darm	4
10 – 1	3-84x	Andere spezielle Verfahren mithilfe eines Kernspintomographen (MRT)	< 4
10 – 2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	< 4
10 – 3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	< 4
10 – 4	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	< 4
10 – 5	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	< 4
10 – 6	3-843	Kernspintomographie (MRT) der Gallenwege und Ausführungswege der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel	< 4
10 – 7	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10 – 8	3-804	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel	< 4
10 – 9	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	< 4
10 – 10	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	< 4
10 – 11	5-489	Sonstige Operation am Mastdarm (Rektum)	< 4
10 – 12	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	< 4
10 – 13	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	< 4
10 – 14	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	< 4
10 – 15	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	< 4
10 – 16	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	< 4
10 – 17	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	< 4
10 – 18	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	< 4
10 – 19	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	< 4
10 – 20	1-656	Untersuchung des Grimmdarms (Kolon) durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera	< 4
10 – 21	1-760	Untersuchung zum Nachweis einer Stoffwechselstörung, bei der bestimmte Substanzen (z.B. Zucker) verabreicht werden	< 4

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	32,65
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,65
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	26,86
– davon ambulante Versorgungsformen	5,79
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	13,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,01
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,7
– davon ambulante Versorgungsformen	2,31

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF52	Ernährungsmedizin
ZF15	Intensivmedizin
ZF61	Klinische Akut- und Notfallmedizin
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	69,15	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	64,96	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,19	
– davon stationäre Versorgung	56,9	
– davon ambulante Versorgungsformen	12,25	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,78	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,64	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,14	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	6,81	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,81	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,21	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,94	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,94	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,77	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,17	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	2,43	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,43	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,43	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	11,03	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,03	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	9,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,95	
Medizinische Fachangestellte	17,58	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	14,46	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,12	

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung
PQ22	Intermediate Care Pflege

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP20	Palliative Care

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

B-7 Urologische Klinik

B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Urologische Klinik

Name: Urologische Klinik

Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

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

Funktion /
Arbeits-
schwer-
punkt: Chefarzt der Urologischen Klinik

Telefon: 0221 / 8907 – 2701

Telefax: 0221 / 8907 – 2706

E-Mail: LeissnerJ@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Straße 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

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

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

Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Urologische Klinik

Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

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

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

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

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

Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

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

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

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

B-7.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

**B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
Urologische Klinik**

Vollstationäre Fallzahl: 2.552

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ein weiterer urologischer Arbeitsplatz wird am Standort Merheim vorgehalten.

B-7.6 Diagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	837
2	C67	Harnblasenkrebs	293
3	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	208
4	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	140
5	C61	Prostatakrebs	117
6	N30	Entzündung der Harnblase	90
7	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	66
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	55
9	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	50
10	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	38

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	44
C62	Hodenkrebs	8
C68	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane	8
C60	Peniskrebs	8
C65	Nierenbeckenkrebs	6
C66	Harnleiterkrebs	4
N39.4	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	< 4
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	< 4

B-7.7 Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	1.196
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	618
3	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	487
4	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	443
5	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	251
6	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	241
7	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	224
8	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	212
9	5-550	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	202
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	197

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
1-464.0	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	69
5-570.4	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	65
5-585.1	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	54
5-585.0	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	36
5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	28
5-610	Operativer Einschnitt in den Hodensack bzw. die Hodenhülle	22
5-553	Operative Teilentfernung der Niere	21
5-570.0	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	20
5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	20
5-590	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von hinter dem Bauchraum liegendem Gewebe (Retroperitoneum)	20
5-552	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Niere	19

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	18
5-550.30	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	18
5-985.7	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	17
5-550.20	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	16
1-460.2	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	14
5-563	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Harnleiters bzw. des gesamten Harnleiters	14
5-557	Wiederherstellende Operation an der Niere	14
1-460.1	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	11
5-603.10	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata über einen Bauchschnitt	11
5-687	Operative Entfernung sämtlicher Organe des weiblichen kleinen Beckens	11
5-577	Operativer Ersatz der Harnblase	11
5-622.5	Operative Entfernung eines Hodens	9
5-072	Operative Entfernung der Nebenniere – Adrenalektomie	8
5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	7
5-985.x	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	6
5-584.72	Wiederherstellende Operation an der Harnröhre	6
8-110	Harnsteinertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	5
5-568	Wiederherstellende Operation am Harnleiter	< 4
5-575	Operative Teilentfernung der Harnblase	< 4

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatsprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU08	Kinderurologie
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen

Nr.	Angebotene Leistung
VU13	Tumorchirurgie
VU14	Spezialsprechstunde
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
VG16	Urogynäkologie
VU00	Konsiliarische Beratung zur Abklärung einer Indikation zur Operation, unter Berücksichtigung der ambulant erhobenen mitgegebenen Befunde und ggfs. einschließlich sonographischer Untersuchung
VU00	Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wie a) Diagnostik und Therapie erektiler Impotenz
VU00	b) Dopplersonographie, Kaverosonographie
VU00	c) Durchführung von urodynamischen Untersuchungen (kombinierte Druck-/Flußmessungen)
VU00	d) Stanzbiopsie der Prostata
VU00	e) Nierenfistelkatheterwechsel
VU00	ambulante Nachbehandlung bis zu 3 Monate nach stationärem Aufenthalt
VU00	ambulante Nachbehandlung bei Patienten mit urologischen Tumoren, ausgenommen Chemotherapie, frühestens 14 Tage nach stationärem Aufenthalt
VU00	Begrenztes Leitungsspektrum auf Überweisung durch niedergelassenen Urologen

Urologische Ambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VU00	Ambulante Operationen von Vorhautverengungen, auch bei Kindern
VU00	Sterilisation des Mannes
VU00	Krampfader des Hodens (Varikozele)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	95
2	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	84
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	50
4 – 1	5-630	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	4
4 – 2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	4
6 – 1	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
6 – 2	8-110	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6 – 3	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	< 4
6 – 4	5-633	Operative Entfernung des Nebenhodens	< 4
6 – 5	5-622	Operative Entfernung eines Hodens	< 4
6 – 6	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
6 – 7	5-563	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Harnleiters bzw. des gesamten Harnleiters	< 4
6 – 8	5-645	Operative Korrektur einer unteren Harnröhrenspaltung beim Mann	< 4
6 – 9	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	< 4
6 – 10	5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	< 4
6 – 11	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4
6 – 12	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
6 – 13	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	< 4
6 – 14	5-649	Sonstige Operation am Penis	< 4
6 – 15	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	< 4
6 – 16	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	< 4
6 – 17	5-613	Wiederherstellende Operation am Hodensack bzw. der Hodenhülle	< 4

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	12,54
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,54
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,96
– davon ambulante Versorgungsformen	2,58
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,46
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,46
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,93
– davon ambulante Versorgungsformen	1,53

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ60	Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumorthapie

B-7.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	25,64	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,63	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2,01	
– davon stationäre Versorgung	20,37	
– davon ambulante Versorgungsformen	5,27	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	1,12	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,12	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,89	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,23	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,49	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,49	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,18	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,31	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,13	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,13	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,03	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,21	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,17	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	2,14	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,7	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,44	
Medizinische Fachangestellte	1,84	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,84	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,46	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,38	

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP27	OP-Koordination/OP-Management

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

Ausfüllhinweis des G-BA beachten

B-8 Brustzentrum

B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Brustzentrum

Name: Brustzentrum
Schlüssel: Frauenheilkunde (2425)
Art: Hauptabteilung
Telefon: 0221 / 8907 – 6700
Telefax: 0221 / 8907 – 6715
E-Mail: brustzentrum@kliniken-koeln.de

Chefärztinnen und Chefarzte

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

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

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

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Brustzentrum

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

- genetische Beratung im Haus

*Elektrochemotherapie

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG15	Spezialsprechstunde
VG00	Anlage von Brachytubes für Brachytherapie
VG00	Portentfernung
VG00	Psychoonkologische Betreuung
VG00	Studienteilnahme
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP14	Psychoonkologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR07	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR18	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Szintigraphie
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR33	Strahlentherapie: Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
VR36	Strahlentherapie: Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR37	Strahlentherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Zertifiziertes Brustzentrum und Teil des Onkologischen Zentrums
	Brustzentrum

B-8.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Brustzentrum

Vollstationäre Fallzahl: 1.352

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

Im Jahr 2021 haben wir 636 Patient*innen in unserer Klinik mit neu aufgetretenem Mammakarzinom bzw. DCIS behandelt (2020: 663), dagegen haben wir 638 Patient*innen operiert (2020: 608). 343 Patient*innen wurden neoadjuvant therapiert (138 Chemotherapie, 205 Antihormonelle Therapie, (2020 waren es noch 275). Die Zahl der Rezidive blieb mit 80 Fällen (86 im Jahr zuvor) relativ konstant.

B-8.6 Diagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C50	Brustkrebs	844
2	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdeile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	130
3	D05	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Brustdrüse	104
4	N62	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse	38
5	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	37
6	Z80	Krebskrankheit in der Familienvorgeschichte	24
7	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	21
8	N61	Entzündung der Brustdrüse	20
9	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	19
10	N60	Gutartige Zell- und Gewebeveränderungen der Brustdrüse	16

1 Mammakarzinom

2 Carcinoma in Situ

3 Implantatkorrekturen bei Rotation, Defekt, Kapsel fibrose

4 Makromastie/Mikromastie

5 Fehlbildungen der Brust

6 Gutartige Brustveränderungen bzw. unklare Brustveränderungen

7 Rekonstruktionschirurgie mit Protheki bzw. Freien und gestielten Lappenplastiken

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Neben den angegebenen Kompetenzdiagnosen auch noch:

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

ICD	Bezeichnung	Anzahl
N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	12
Q83.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma	11
Z40.00	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen: Prophylaktische Operation an der Brustdrüse [Mamma]	< 4

B-8.7 Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	754
2	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	512
3	5-983	Erneute Operation	226
4	5-889	Sonstige Operation an der Brustdrüse	225
5	5-886	Sonstige wiederherstellende Operation an der Brustdrüse	178
6	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	149
7	5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	143
8	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	140
9	5-872	Operative Entfernung der Brustdrüse ohne Entfernung von Achsellymphknoten	129
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	108

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-890.1a	Tätowieren bzw. Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut	15

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Brustambulanz für onkologische Patienten

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
LK02	Anlage 1 Nummer 2: Brachytherapie
LK33	Anlage 1.1 a: onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG15	Spezialsprechstunde
VG00	Sentinelbiopsie vor primärer Chemotherapie (Probeentnahme aus dem Lymphknoten vor medikamentöser Behandlung)
VG00	Portentfernung

Private Brustambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG15	Spezialsprechstunde

Ergänzend wird weiterhin ambulant durchgeführt:

- Fibroadenomexstirpation bzw. gezielte diagnostisch oder therapeutische Exstirpationen im Brustbereich (Mamma-DE)
- Portentfernung
- Narbenkorrekturen
- Tätowieren von Mamillen/Brustwarzenrekonstruktion
- Behandlung von Abszessen/Fistelbildung
- Wundmanagement

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	137
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	55
3	5-882	Operation an der Brustwarze	4
4 – 1	5-407	Entfernung sämtlicher Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	< 4
4 – 2	9-999	Nicht belegte Schlüsselnummern	< 4
4 – 3	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	< 4
4 – 4	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	< 4
4 – 5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
4 – 6	5-881	Operativer Einschnitt in die Brustdrüse	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4 – 7	5-899	Sonstige operative Entfernung von Haut bzw. Unterhaut	< 4

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	9,14
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,14
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,4
– davon ambulante Versorgungsformen	3,74
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,91
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,91
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,67
– davon ambulante Versorgungsformen	3,24

¹ Anzahl der Vollkräfte

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
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF30	Palliativmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF40	Sozialmedizin

B-8.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	22,15	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,83	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,32	
– davon stationäre Versorgung	13,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	9,07	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	1,74	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,74	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,71	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,32	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,32	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,19	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,13	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,09	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,09	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,05	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,14	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,06	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	1,41	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,41	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,83	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,58	
Medizinische Fachangestellte	8,06	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,06	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,76	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,3	

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP27	OP-Koordination/OP-Management

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

B-9 Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin

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

Name: Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Herr Prof. Dr. med. Axel Goßmann

Funktion / Chefarzt der Radiologie

Arbeits-
schwer-
punkt:

Telefon: 0221 / 8907 – 3248

Telefax: 0221 / 8907 – 2722

E-Mail: HallerU@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Straße 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

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

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

Ja

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR25	Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR38	Nuklearmedizinische Therapie: Therapie mit offenen Radionukliden
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie
VR00	Mammographie, Vakuumbiopsie

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

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

B-9.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

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

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	1.740
2	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	1.231
3	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	1.171
4	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	1.121
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	876
6	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	652

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	3-100	Röntgendarstellung der Brustdrüse	640
8	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	552
9	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	522
10	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	475

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Radiologische Ambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VR00	Stereotaktische Vakuumbiopsie (sichere feingewebliche Abklärung von nicht tastbaren Veränderungen in der Mammographie, von denen man nicht weiß, ob sie gut- oder bösartig sind).
VR00	Gesamtes radiologisches und nuklearmedizinisches Spektrum im privatärztlichen Bereich
VR00	Mammographie

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR07	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR25	Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bild-datenanalyse mit 3D-Auswertung

Nr.	Angebotene Leistung
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern

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

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	1,59
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,59
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,82
– davon ambulante Versorgungsformen	0,77
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,56
– davon ambulante Versorgungsformen	0,54
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

B-9.11.2 Pflegepersonal

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,51	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,49	

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

B-10 Institut für Transfusionsmedizin

B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Transfusionsmedizin

Name: Institut für Transfusionsmedizin

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. B. Schlößer

Funktion / Kommissarische Leitung des Instituts für Transfusionsmedizin
 Arbeitsschwerpunkt:

Telefon: 0221 / 8907 – 13722

Telefax: 0221 / 8907 – 8464

E-Mail: SchloesserB@kliniken-koeln.de

Straße: Ostmerheimer Straße 200

PLZ / Ort: 51109 Köln

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

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

Ja

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Institut für Transfusionsmedizin
	Informationen zum Institut für Transfusionsmedizin im Internet unter diesem Link: http://www.kliniken-koeln.de/Institut_fuer_Transfusionsmedizin_Startseite.htm?ActiveID=1431

Im Institut für Transfusionsmedizin arbeiten 18 MTA's, 1 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, 8 ArzthelferInnen, 3 Verwaltungsangestellte, 1 Spenderarzt, 2 Biologen, 2 Assistentärzte und verantwortlich ist die kommissarische Leiterin.

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

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

Folgend finden Sie eine Übersicht unseres Leistungsspektrums:

Immunhämatologisches Speziallabor

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

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

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

Labor für Immungenetik und Transplantation

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

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

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

Blutspendedienst

Im Blutspendedienst werden Blutspenden von ehrenamtlichen Spenderinnen und Spendern entnommen.

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

Diese Blutkomponenten werden hergestellt:

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

Qualitätsmanagement

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

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

Zur Hämostaseologie gehört die Bestimmung von:

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

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

Folgende immunhämatologische Untersuchungen können durchgeführt werden:

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

- Transfusionszwischenfall

Transplantationsimmunologie / Gewebetypisierungslabor (HLA-Labor):

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

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

B-10.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Transfusionsmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	1,71
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,71
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,15
– davon ambulante Versorgungsformen	0,56
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	0,72
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,72
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,48
– davon ambulante Versorgungsformen	0,24
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ59	Transfusionsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF11	Hämostaseologie

B-10.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0,7	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,7	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,47	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,23	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,27	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,18	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,09	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,06	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,04	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
Medizinische Fachangestellte	2,65	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,65	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,78	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,87	

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

B-11 Institut für Hygiene

B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Hygiene

Name: Institut für Hygiene

Chefärztinnen und Chefarzte

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

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

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

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

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

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

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

B-11.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Hygiene

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

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	119

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	2,06
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,06
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,06
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,59
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,59
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,59
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF62	Krankenhausthygiene

B-11.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	1,66	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,66	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,66	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,23	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,23	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,23	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

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

B-12 Institut für Pathologie

B-12.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Pathologie

Name: Institut für Pathologie

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Herr Prof. Dr. Michael Brockmann

Funktion / Chefarzt des Instituts für Pathologie

Arbeits-
schwer-
punkt:

Telefon: 0221 / 8907 – 3280

Telefax: 0221 / 8907 – 3542

E-Mail: BrockmannM@kliniken-koeln.de

Straße: Ostmerheimer Straße 200

PLZ / Ort: 51109 Köln

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

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

Ja

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Pathologie

Unsere Leistungen des Instituts für Pathologie

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

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

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

Bei der Diagnostik kommen in der Pathologie in Abhängigkeit von der Art der entnommenen Probe und der Dringlichkeit der Diagnosestellung unterschiedliche Methoden zum Einsatz:

Histologische Diagnostik

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

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

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

Intraoperative Diagnostik (sog. Schnellschnitt)

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

Immunhistochemie

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

Bei einzelnen bösartigen Tumoren kann mittels der Immunhistochemie überprüft werden, ob eine geplante Therapie überhaupt erfolgversprechend ist. So wird vor einer anti-hormonellen Therapie des Brustdrüsenkrebses der Frau (sog. Mammakarzinom) untersucht, ob die Tumorzellen überhaupt Hormonrezeptoren tragen. Das Ergebnis immunhistochemischer Untersuchungen erlaubt zudem eine Aussage über den Anteil der sich teilenden Zellen eines bösartigen Tumors (Proliferationsindex) und damit zu der Wachstumsgeschwindigkeit des Tumors, wenn er nicht behandelt würde. Damit werden durch die Untersuchungen in der Pathologie entscheidende Weichen für die weitere Therapie gestellt.

Zytologische Diagnostik

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

Durchflusszytometrie

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

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

Autopsie

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

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

Die Durchführung einer Obduktion kann schließlich aber auch für die nächsten Angehörigen von großer Wichtigkeit sein. Wird z.B. eine bis dahin nicht diagnostizierte

Infektionskrankheit aufgedeckt, kann die Umgebung rechtzeitig vor Ausbruch dieser Erkrankung therapiert werden. Die Autopsie schafft Klarheit und Sicherheit und befreit die Angehörigen nicht selten von Zweifeln und (Selbst-)Vorwürfen. Darüber hinaus kann eine durchgeführte Obduktion auch bei der Sicherung der Versorgungsansprüche der Hinterbliebenen von Wichtigkeit sein.

Molekularpathologie

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

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

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

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

B-12.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-12.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Pathologie

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	2,56
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,56
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,94
– davon ambulante Versorgungsformen	0,62
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,85
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,85
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,4
– davon ambulante Versorgungsformen	0,45
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ46	Pathologie

B-12.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Für das Berichtsjahr 2021 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2021 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Anz. SO ¹
Herzschrittmacher-Implantation	< 4		< 4
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	< 4		< 4
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	< 4		< 4
Gynäkologische Operationen	207	100,00%	208
Geburtshilfe	1.706	100,00%	1.712
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	35	100,00%	35
Mammachirurgie	971	100,00%	972
Dekubitusprophylaxe	116	100,00%	116
Hüftendoprothesenversorgung	29	100,00%	29
- Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	29	100,00%	29
Neonatologie	294	100,00%	293
Ambulant erworbene Pneumonie	430	100,00%	433

¹ Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze).

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: 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				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	0,96 % 0,89 – 1,04	≤ 2,60 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 171)	99,54 % 99,49 – 99,59	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 172)	88,41 % 88,2 – 88,62	≥ 60,00 %	83,33 % ◯ 43,65 – 96,99	R10 ◯ 5 /6 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 173)	96,4 % 96,26 – 96,54	≥ 90,00 %	entf. ◯ entf.	R10 ◯ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	53,31 % 52,95 – 53,67	-	entf. entf.	- entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: 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.				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 174)	95,38 % 95,3 – 95,46	≥ 90,00 %	90,91 % ◯ 62,26 – 98,38	R10 ◯ 10 /11 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	0,87 0,85 – 0,9	≤ 3,36 (95. Perzentil)	0 ◯ 0 – 5,07	R10 ◯ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	0,96 0,9 – 1,02	≤ 3,98 (95. Perzentil)	0 ◯ 0 – 33,11	R10 ◯ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	1,42 % 1,34 – 1,51	≤ 3,00 %	entf. ◯ entf.	R10 ◯ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	97,65 % 97,57 – 97,72	≥ 90,00 %	100 % ○ 56,55 – 100	R10 ○ 5 /5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	92,06 % 91,65 – 92,45	≥ 86,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	2,31 % 2,24 – 2,38	≤ 7,59 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 43,45	R10 ○ 0 /5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	4,69 % 4,53 – 4,86	≤ 11,11 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 14,31	R10 ○ 0 /23 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	1,44 % 1,39 – 1,5	≤ 6,67 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 43,45	R10 ○ 0 /5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	7,48 % 7,08 – 7,9	≤ 19,43 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	1,03 1,01 – 1,05	≤ 2,25 (95. Perzentil)	0,34 ○ 0,06 – 1,63	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehl- lage, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 175)	1,06 1 – 1,12	-	entf. entf.	- entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine post- operative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 175)	0,94 0,88 – 0,99	-	entf. entf.	- entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	0,99 0,95 – 1,03	≤ 1,98 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	0,05 % 0,04 – 0,06	Sentinel Event	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 9 (S. 175)	1,04 1,01 – 1,08	-	0,5 0,09 – 2,41	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	1,06 1,04 – 1,09	≤ 2,56 (95. Perzentil)	1 ○ 0,28 – 2,74	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	97,09 % 97,01 – 97,17	≥ 90,00 %	100 % ○ 87,94 – 100	R10 ○ 28 /28 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	8,82 % 8,6 – 9,05	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Geburtshilfe: Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 1 (S. 171)	96,53 % 96,07 – 96,94	≥ 95,00 %	100 % ☺ 92,44 – 100	R10 ○ 47 /47 (entf.)
Geburtshilfe: Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 10 (S. 176)	0,22 % 0,14 – 0,33	Sentinel Event	0 % ☺ 0 – 8,38	R10 ○ 0 /42 (entf.)
Geburtshilfe: Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 10 (S. 176)	97,17 % 96,95 – 97,38	≥ 90,00 %	98,92 % ☺ 96,14 – 99,7	R10 ○ 183 /185 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	100 % 99,87 – 100	-	100 % 67,56 – 100	- 8 /8 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	92,67 % 92,3 – 93,01	-	95,65 % 85,47 – 98,8	- 44 /46 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe: Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	86,54 % 85,92 – 87,13	-	92,16 % 81,5 – 96,91	- 47 /51 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	43,84 % 43,35 – 44,34	-	54,89 % 47,67 – 61,91	- 101 /184 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	18,54 % 18,37 – 18,71	-	19,09 % 15,22 – 23,68	- 63 /330 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	45,71 % 45,4 – 46,02	-	59,11 % 52,88 – 65,06	- 146 /247 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	70,68 % 70,41 – 70,95	-	81,27 % 75,99 – 85,62	- 204 /251 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	3,69 % 3,61 – 3,78	-	3,95 % 2,32 – 6,64	- 13 /329 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	20,97 % 20,66 – 21,28	-	22,16 % 16,52 – 29,04	- 37 /167 (entf.)
Geburtshilfe: Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	1,02 1,01 – 1,02	≤ 1,24 (90. Perzentil)	1,16 ○ 1,1 – 1,22	R10 ○ 721 /1.680 (621,32)
Geburtshilfe: Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	75,1 % 74,58 – 75,61	-	83,44 % 76,97 – 88,36	- 136 /163 (entf.)
Geburtshilfe: Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 8 (S. 175)	1,4 1,24 – 1,58	-	3,15 0,86 – 11,46	- entf.
Geburtshilfe: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 12 (S. 177)	1,01 0,98 – 1,04	≤ 2,32	0,93 ○ 0,51 – 1,71	R10 ○ 10 /1.448 (10,70)
Geburtshilfe: Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 8 (S. 175)	0,9 0,86 – 0,95	-	0,54 0,15 – 1,95	- entf.
Geburtshilfe: Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 8 (S. 175)	1,06 1,01 – 1,12	-	0,96 0,33 – 2,83	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe: Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 8 (S. 175)	1,04 0,99 – 1,09	-	0,93 0,32 – 2,72	- entf.
Geburtshilfe: Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	0,81 0,74 – 0,88	≤ 2,96 (95. Perzentil)	0,82 ○ 0,14 – 4,61	R10 ○ entf.
Geburtshilfe: Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 175)	0,81 0,73 – 0,9	-	0 0 – 5,24	- 0 / 839 (0,73)
Geburtshilfe: Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 175)	0,81 0,71 – 0,93	-	2,02 0,36 – 11,07	- entf.
Geburtshilfe: Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung ja / Hinweis 10 (S. 176)	98,93 % 98,88 – 98,97	≥ 90,00 %	99,59 % 📌 98,81 – 99,86	R10 ○ 736 / 739 (entf.)
Geburtshilfe: Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	1,03 0,92 – 1,15	≤ 3,94 (95. Perzentil)	1,07 ○ 0,29 – 3,82	R10 ○ entf.
Geburtshilfe: Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 9 (S. 175)	0,96 0,91 – 1,01	-	0,81 0,28 – 2,38	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe: Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	0,22 % 0,21 – 0,24	-	entf. entf.	- entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 13 (S. 178)	0,73 % 0,65 – 0,81	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 5,27	R10 ○ 0 /69 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): 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				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 13 (S. 178)	89 % 88,68 – 89,31	≥ 75,40 % (5. Perzentil)	93,24 % ○ 85,14 – 97,08	R10 ○ 69 /74 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 13 (S. 178)	18,88 % 18,16 – 19,62	≤ 43,52 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	11,08 % 9,83 – 12,46	-	entf. entf.	- entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): 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				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	13,17 % 12,08 – 14,34	-	0 % 0 – 35,43	- 0 /7 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 10 (S. 176)	7,39 % 6,97 – 7,83	≤ 20,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 10 (S. 176)	1,15 % 1,04 – 1,27	≤ 5,00 %	0 % ○ 0 – 4,09	R10 ○ 0 /90 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	3,3 % 3,19 – 3,42	≤ 6,59 % (90. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 12 (S. 177)	1,03 0,97 – 1,09	≤ 4,18	0,95 ○ 0,17 – 5,25	R10 ○ entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	18,18 % 18,04 – 18,31	-	10,93 % 8,29 – 14,27	- 46 /421 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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.				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	17,66 % 17,46 – 17,85	-	13,5 % 9,45 – 18,93	- 27 /200 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde				
EKez / DeQS nein / Hinweis 9 (S. 175)	1,02 1 – 1,03	-	0,78 0,44 – 1,36	- 11 /207 (14,10)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	66,88 % 66,7 – 67,06	-	100 % 98,99 – 100	- 375 /375 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	90,98 % 90,82 – 91,14	≥ 90,00 %	100 % ○ 97,78 – 100	R10 ○ 169 /169 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	98,44 % 98,24 – 98,62	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	97,81 % 97,41 – 98,15	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	99,13 % 99,09 – 99,16	≥ 95,00 %	100 % ○ 99,1 – 100	R10 ○ 421 /421 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	99,16 % 99,13 – 99,2	-	100 % 99,09 – 100	- 419 /419 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	98,95 % 98,89 – 99	-	100 % 98,11 – 100	- 199 /199 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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				
EKez / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	98,9 % 98,85 – 98,95	-	100 % 98,12 – 100	- 200 /200 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	96,72 % 96,66 – 96,78	≥ 95,00 %	100 % ○ 99,1 – 100	R10 ○ 421 /421 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	96,66 % 96,57 – 96,75	-	100 % 98,12 – 100	- 200 /200 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	96,55 % 96,47 – 96,63	≥ 95,00 %	100 % ○ 98,72 – 100	R10 ○ 296 /296 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	95,74 % 95,61 – 95,86	-	100 % 97,15 – 100	- 131 /131 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	92,44 % 92,29 – 92,59	≥ 90,00 %	98,94 % ○ 96,2 – 99,71	R10 ○ 186 /188 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	92,77 % 92,56 – 92,97	-	99,04 % 94,75 – 99,83	- 103 /104 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	98,78 % 98,74 – 98,83	-	100 % 98,72 – 100	- 296 / 296 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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				
EKez / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	98,66 % 98,58 – 98,73	-	100 % 97,15 – 100	- 131 / 131 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 9 (S. 175)	1,02 1,01 – 1,03	-	0,81 0,54 – 1,22	- 21 / 377 (25,79)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	1,01 1 – 1,03	≤ 2,01 (95. Perzentil)	0,86 ○ 0,47 – 1,53	R10 ○ 10 / 170 (11,69)
Operation an der Brust: Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	97,11 % 96,92 – 97,29	≥ 90,00 %	97,52 % ○ 93,79 – 99,03	R10 ○ 157 / 161 (entf.)
Operation an der Brust: Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 10 (S. 176)	0,09 % 0,04 – 0,19	Sentinel Event	0 % ☹ 0 – 5,35	R10 ○ 0 / 68 (entf.)
Operation an der Brust: Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	4,17 % 3,67 – 4,74	≤ 5,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operation an der Brust: Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	10,67 % 10,42 – 10,92	≤ 22,48 % (95. Perzentil)	21,71 % ○ 18,17 – 25,72	R10 ○ 99 /456 (entf.)
Operation an der Brust: 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				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	99,46 % 99,4 – 99,52	≥ 97,41 % (5. Perzentil)	99,58 % ○ 98,47 – 99,88	R10 ○ 469 /471 (entf.)
Operation an der Brust: Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	98,1 % 97,99 – 98,19	≥ 95,00 %	97,75 % ○ 96,26 – 98,65	R10 ○ 608 /622 (entf.)
Operation an der Brust: 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.)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 10 (S. 176)	99,44 % 99,32 – 99,54	≥ 95,00 %	100 % ☺ 97,42 – 100	R10 ○ 145 /145 (entf.)
Operation an der Brust: 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.)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 10 (S. 176)	98,9 % 98,77 – 99,01	≥ 95,00 %	99,58 % ☺ 97,67 – 99,93	R10 ○ 238 /239 (entf.)
Operation an der Brust: Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	2,54 % 2,41 – 2,68	≤ 9,52 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	1,85 % 1,75 – 1,96	≤ 5,88 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 10,15	R10 ○ 0 /34 (entf.)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	1,08 1,06 – 1,11	≤ 2,46 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 1,12	R10 ○ 0 /34 (3,08)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	1,09 1,07 – 1,11	≤ 2,36 (95. Perzentil)	0,68 ○ 0,27 – 1,5	R10 ○ 4 /28 (5,86)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 9 (S. 175)	1,05 1,02 – 1,09	-	1,17 0,32 – 3,8	- entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	97,54 % 97,4 – 97,67	≥ 90,00 %	100 % ○ 88,65 – 100	R10 ○ 30 /30 (entf.)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	9,11 % 8,88 – 9,35	≤ 15,00 %	11,76 % ○ 4,67 – 26,62	R10 ○ 4 /34 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: 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				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	0,75 % 0,6 – 0,95	≤ 3,10 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	1,19 1,03 – 1,36	≤ 5,04 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 520,29	R10 ○ entf.
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	0,91 % 0,7 – 1,17	≤ 3,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	0,94 0,88 – 1,01	≤ 2,31 (95. Perzentil)	0,82 ○ 0,35 – 1,88	R10 ○ 5 / 214 (6,11)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Ein Hörtest wurde durchgeführt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	98,3 % 98,21 – 98,38	≥ 95,00 %	94,52 % ○ 86,74 – 97,85	H99 ○ 69 / 73 (entf.)
Kommentar der beauftragten Stelle: rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten				
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	0,17 % 0,13 – 0,22	-	0 % 0 – 1,76	- 0 / 214 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die eine eine schwerwiegende Schädigung des Darms hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 175)	1,04 0,87 – 1,24	-	0 0 – 3,48	- 0 / 82 (1,06)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die eine schwerwiegende Hirnblutung hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 175)	0,91 0,78 – 1,07	-	1,08 0,3 – 3,75	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Lunge hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 175)	0,98 0,87 – 1,1	-	0 0 – 66,69	- 0 / 4 (0,03)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 175)	1,28 1,03 – 1,58	-	0 0 – 6,03	- 0 / 6 (0,39)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 175)	1,12 1 – 1,25	-	0,35 0,06 – 1,88	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 14 (S. 178)	1,04 0,97 – 1,1	≤ 2,29 (95. Perzentil)	0,48 ○ 0,17 – 1,35	R10 ○ entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS ja / Hinweis 7 (S. 174)	0,93 0,87 – 1	≤ 2,47 (95. Perzentil)	0,27 ○ 0,07 – 0,97	R10 ○ entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	0,96 % 0,86 – 1,07	-	0 % 0 – 1,76	- 0 / 214 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	0,94 0,91 – 0,98	≤ 2,04 (95. Perzentil)	0,39 ○ 0,13 – 1,13	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	0,2 % 0,17 – 0,23	Sentinel Event	entf. ○ entf.	U62 ○ entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern				
EKez / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 177)	1,4 % 1,28 – 1,54	-	2,34 % 1 – 5,35	- 5 / 214 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 179)	0,94 0,83 – 1,07	-	0,8 0,22 – 2,77	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 180)	2,81 % 2,47 – 3,19	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 179)	0,98 0,88 – 1,09	-	0 0 – 71,58	- 0 / 4 (0,03)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 180)	5,4 % 4,85 – 6,01	-	0 % 0 – 48,99	- 0 / 4 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut der Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 179)	1,1 0,94 – 1,29	-	0 0 – 3,24	- 0 / 7 (0,76)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 180)	3,67 % 3,13 – 4,3	-	0 % 0 – 35,43	- 0 / 7 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 179)	1,08 0,93 – 1,25	-	0 0 – 2,56	- 0 / 85 (1,44)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 180)	1,93 % 1,67 – 2,24	-	0 % 0 – 4,32	- 0 /85 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	0,86 0,77 – 0,95	≤ 2,55 (95. Perzentil)	1,04 ○ 0,41 – 2,54	R10 ○ 4 /85 (3,84)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: 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)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 179)	1,12 1 – 1,25	-	0,35 0,06 – 1,88	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: 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)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 180)	3,57 % 3,19 – 3,99	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Wachstum des Kopfes				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	10,06 % 9,54 – 10,6	≤ 21,90 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand – Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	0 % 0 – 0	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 0,03	R10 ○ 0 /14.758 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand – Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 180)	0,01 % 0 – 0,01	-	0 % 0 – 0,03	- 0 /14.758 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 174)	1,05 1,04 – 1,06	≤ 2,28 (95. Perzentil)	0,37 ○ 0,23 – 0,6	R10 ○ 17 /14.758 (45,60)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	0,06 % 0,06 – 0,06	-	entf. entf.	- entf.
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 173)	0,34 % 0,33 – 0,34	-	0,09 % 0,06 – 0,16	- 14 /14.758 (entf.)
Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden): 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				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 171)	0,17 % 0,12 – 0,25	≤ 2,30 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden): Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 174)	98,64 % 98,54 – 98,72	≥ 95,00 %	100 % ○ 75,75 – 100	R10 ○ 12 /12 (entf.)

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

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

³ Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

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

📈 = verbessert; ➡ = unverändert; 📉 = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁵ Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.
 N01 = Bewertung nicht vorgesehen: QSKH, DeQS: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;
 R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: QSKH, DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich;
 H99 = Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: QSKH, DeQS: Sonstiges (im Kommentar erläutert);
 U62 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: DeQS: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle.
 ⬆ = verbessert; ➡ = unverändert; ⬇ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.
⁶ Beob.: Beobachtete Ereignisse. Ges.: Grundgesamtheit/Fallzahl. Erw.: Erwartete (berechnete) Ereignisse.
 Die Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn Beob. oder Ges. zwischen 1 und einschließlich 3 liegt.

Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 1	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Hinweis 2	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
	<p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> <p>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.</p> <p>? 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/ehs150.</p> <p>? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364</p>
Hinweis 3	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herzschrittmacher-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; Geeraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 4	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> <p>Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.</p> <p>? 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/ehu150.</p> <p>? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.</p> <p>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.</p>
Hinweis 5	<p>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</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
	Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Hinweis 6	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> <p>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 Standort ebene 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.</p>
Hinweis 7	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Hinweis 8	<p>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</p>
Hinweis 9	<p>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</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Hinweis 10	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>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</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 11	<p>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</p> <p>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.</p>
Hinweis 12	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
	<p>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</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Hinweis 13	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>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</p>
Hinweis 14	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> <p>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 mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Anzahl oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).</p>
Hinweis 15	<p>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</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p>

	<p>Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen</p>
	<p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators ?Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung?</p>
Hinweis 16	<p>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</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators ?Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung?</p>
Hinweis 17	<p>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</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> <p>Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien ?Kei ner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt? und ?vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt?. Eine vermu tete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.</p>

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

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

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Modulares Zertifikat Intensivmedizin (AiZERT) der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)	
Leistungsbereich	Kliniken der Stadt Köln: KH Merheim, KH Holweide, Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Modulares Zertifikat Intensivmedizin (AiZERT) der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

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

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

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

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

Referenzzentrum für Minimal- Invasive Chirurgie, DGAV	
Leistungsbereich	Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Referenzzentrum für Minimal- Invasive Chirurgie, DGAV
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifiziert nach den Richtlinien der ÄK Nordrhein seit 2007 und Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft (Onkozeit) seit 2019	
Leistungsbereich	Brustzentrum
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifiziert nach den Richtlinien der ÄK Nordrhein seit 2007 und Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft (Onkozeit) seit 2019
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

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

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

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

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung
Komplexe Eingriffe am Organ-system Ösophagus für Erwachsene	10	6	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.
Die Leistungserbringung wurde im Rahmen der Gründung des Zentrums für interdisziplinäre Viszeralmedizin vom Standort Holweide zum Standort Merheim verlagert.			
Komplexe Eingriffe am Organ-system Pankreas	10	39	
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht <1250 g	14	48	

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

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

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahme-gewicht <1250 g	ja

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Leistungsbereich	Bestätigte Prognose ¹	Erbrachte Menge 2021	Menge Quartal 3-4 & 1-2 ²
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	ja	6	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja	39	22
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht <1250 g	ja	48	54

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.

Der Leistungsbereich komplexe Eingriffe am Organsystem-Ösophagus wird ab 2022 ausschließlich im Krankenhaus Merheim erbracht.

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	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahme-gewicht <1250 g	nein

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a 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	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahme-gewicht <1250 g	nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

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

Perinatalzentrum

Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org.

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

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

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

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.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

		Anzahl ²
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	118
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	82
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	82

¹ nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

² Anzahl der Personen

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Innere Medizin	Station A5	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station A5	Nacht	100 %	6
Innere Medizin	Station A6	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station A6	Nacht	85,71 %	2
Allgemeine Chirurgie	Station A7	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	Station A7	Nacht	81,82 %	5
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	Station A8/B8	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	Station A8/B8	Nacht	100 %	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	Station B2	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	Station B2	Nacht	81,82 %	5
Innere Medizin	Station B6	Tag	100 %	2
Innere Medizin	Station B6	Nacht	100 %	7
Intensivmedizin	Station I0	Tag	100 %	0
Intensivmedizin	Station I0	Nacht	100 %	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	Station U2	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	Station U2	Nacht	100 %	0

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)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad ¹
Innere Medizin	Station A5	Tag	97,6 %
Innere Medizin	Station A5	Nacht	38,02 %
Innere Medizin	Station A6	Tag	92,79 %
Innere Medizin	Station A6	Nacht	15,46 %
Allgemeine Chirurgie	Station A7	Tag	93,41 %
Allgemeine Chirurgie	Station A7	Nacht	37,13 %
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	Station A8/B8	Tag	96,31 %
Allgemeine Chirurgie	Station A8/B8	Nacht	79,06 %
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	Station B2	Tag	91,07 %
Allgemeine Chirurgie	Station B2	Nacht	36,12 %
Innere Medizin	Station B6	Tag	93,41 %
Innere Medizin	Station B6	Nacht	37,72 %
Intensivmedizin	Station I0	Tag	90,41 %

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad ¹
Intensivmedizin	Station I0	Nacht	97,26 %
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	Station U2	Tag	100 %
Allgemeine Chirurgie	Station U2	Nacht	99,7 %

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)

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsziele werden zwischen den jeweiligen Chefärzten / Abteilungsleitungen und der Geschäftsleitung vereinbart. Im Rahmen von Strategietagungen, in Zielvereinbarungsgesprächen und Monatsgesprächen wird die Übereinstimmung der Ziele mit den Unternehmenszielen überprüft und weiterentwickelt. Die jeweilige Abteilungsleitung bespricht die Qualitätsziele mit dem jeweiligen Team. Gemeinsam werden Ziele konkretisiert und die notwendige Fort- und Weiterbildung oder andere Maßnahmen vereinbart. Übergreifende Qualitätsziele sind die Patientenzufriedenheit und –sicherheit sowie die Mitarbeiterzufriedenheit. Die übergreifenden und fachspezifische Qualitätsziele sind unter D-2 zusammengefasst.

Die Ziele sind auf unser Leitbild und die Unternehmensstrategie mit den Zieldimensionen Mitarbeiterorientierung / Kultur, Patienten-/Kundenorientierung, Struktur, Prozesse und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet.

Unser Leitsatz im Leitbild heißt "Beste Medizin für alle – Der Mensch im Zentrum unseres Handelns". Die Kliniken Köln stellen einen wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung im Großraum Köln sicher. Als kommunale Kölner Krankenhäuser stehen jeder und jedem offen, unabhängig von ethnischer Herkunft, Geschlecht, sexueller Orientierung, Religion, Weltanschauung und sozialer Stellung. Die stete Achtung der Menschenwürde ist grundlegend.

Wir respektieren das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und bieten allen Patienten*innen Fürsorge und Hilfe an. Ist Heilung nicht möglich, begleiten und beraten wir mit unseren Konzepten bis hin zur palliativen Versorgung.

Patientinnen und Patienten begegnen wir respektvoll und berücksichtigen dabei individuelle Bedürfnisse sowie den „Umgangs- und Verhaltenscodex“.

Auch wenn Engpässe aufgrund der limitierten Ressourcen auftreten, ist die Würde des Menschen für uns unantastbar. Dies schließt auch die Fürsorge für Patienten ein, die ihre eigenen Bedürfnisse noch nicht oder nicht mehr eigenständig äußern können.

Unsere **Strategie** definiert mit einem Zeithorizont von vier bis fünf Jahren die Ziele der Kliniken Köln und die Projekte und Maßnahmen, um diese zu erreichen. Unsere **Unternehmenskultur** beantwortet die Frage, wie wir unsere Strategie und unser ethisches Grundverständnis umsetzen. Kern unserer Unternehmenskultur sind unsere **gemeinsamen Werte**, für deren Umsetzung alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verantwortlich sind:

- Gemeinsamkeit
- Ehrlichkeit
- Verbindlichkeit
- Offenheit

Die Führungskräfte haben beim Vermitteln und Umsetzen dieser Werte die Vorbildrolle. Unser Führungsverständnis passend zu unseren Werten und zu unserer Strategie ist durch folgende Führungsgrundsätze definiert:

Wir als Führungskräfte in den Kliniken Köln

- setzen uns gemeinsam für das ganze Unternehmen ein,
- treffen Entscheidungen verbindlich und kommunizieren diese klar,
- schaffen Vertrauen und Glaubwürdigkeit durch Ehrlichkeit und Transparenz,
- sprechen Anerkennung und Kritik in einer angemessenen, wertschätzenden Weise an,

- *sind in der Lage konstruktive Kritik anzunehmen, sich selbst zu reflektieren und eigene Fehler einzugestehen,*
- *fördern das Miteinander und die Zusammenarbeit im Team und*
- *initiieren und gestalten Veränderungen zur Weiterentwicklung des Unternehmens.*

Ausgehend vom Leitbild und der Strategie vereinbaren die Chefarzte / Abteilungsleitungen mit der Geschäftsleitung die konkreten Jahresziele incl. der Qualitätsziele für die einzelnen Abteilungen (siehe D-2). Um diese umzusetzen, vereinbaren die Vorgesetzten mit ihren Mitarbeiter/-innen im jährlichen Mitarbeitergespräch die für das jeweilige Jahr wichtigsten Ziele.

D-2 Qualitätsziele

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

Gemeinsame Ziele der Fachabteilungen sind:

- Implementierung mindestens zwei neuer Behandlungspfade pro Jahr (solange es hierfür geeignete Krankheitsbilder gibt) sowie Aktualisierung der bestehenden Behandlungspfade alle 3 Jahre und bei Bedarf, z.B. sobald Leitlinien der Fachgesellschaften ergänzt oder aktualisiert sind.
- Unterstützung des klinischen Risikomanagements (u. a. Risikoaudits, CIRS, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Analyse besonderer Vorkommnisse, insbesondere Behandlungsfehlervorwürfe, Nutzung der OP-Sicherheitscheckliste / Team Time Out)
- Umsetzung der Aktionspläne
 - zu den halbjährlichen Auswertungen der kontinuierlichen Patientenbefragung
 - zu den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung,
 - zum Berichtswesen der medizinischen Qualitätsindikatoren,
 - zum Screening / Audit mit der Haftpflichtversicherung,
 - zu den durchgeführten Risikoaudits und internen Audits sowie
 - zu den Audit-/Visitationsberichten der KTQ-Rezertifizierung und der Zentren.

Die Zielsetzung ist jeweils das Erreichen der Benchmarkwerte, der Referenzwerte, die Erfüllung der Anforderungen der Zertifizierungsverfahren sowie der Anforderungen der GBA-Richtlinie zum Qualitätsmanagement.

Krankenhausübergreifende Bereiche/Einrichtungen der Kliniken Köln:

Pflegedienst

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

10. Konzeptentwicklung und Einführung der Pflegevisite
11. Weiterentwicklung des standardisierten Pflege-Assessment-Instruments zur Erfassung des Pflegebedarfs
12. Steigerung der pflegerischen Dokumentationsqualität in Bezug auf Erlössicherung, Rechtssicherheit und Informationsgehalt
13. Erfassung der Stürze und der Dekubiti (laut der entsprechenden DNQP-Expertenstandards); Umsetzungsevaluation von Aktionsplänen
14. Weiterer Ausbau des Wundmanagements (Ausbildung zum Wundexperten „ICW“)
15. Kontinuierliche Aktualisierung der Pflegestandards hausübergreifend
16. Optimierung des Aufnahmeprozesses durch Ausbau des Zentralen Patientenmanagements
17. Optimierung des Entlassungsmanagements auch im Hinblick auf die neuen gesetzlichen Anforderungen

Zentrum für Interdisziplinäre Viszeralmedizin (ZIV):

1. Etablierung eines standortübergreifenden Viszeralmedizinischen Zentrums mit entsprechenden Schwerpunktsektionen und interdisziplinären, ambulanten und stationären Therapieeinheiten
2. Etablierung neuer, endoskopischer Verfahren, z.B. POEM des Ösophagus
3. Ausbau der Akademie für endoskopisch tätiges Assistenzpersonal und Ärzte (Endoakademie: Spyglass, LAMS, RX, enterale Sondensysteme)
4. Etablierung weiterer klinischer Studien in der Gastroenterologie und Onkologie
5. Prospektive Erfassung aller eingriffsbezogenen Komplikationen und Auswertung
6. Aufbau eines standortübergreifenden Zentrums für minimalinvasive Chirurgie mit Zertifizierung
7. Aufbau eines Telemedizin basierten Netzwerks im Kölner Großraum für komplizierte chirurgische Behandlungsfälle
8. Ausbau der Internet-Präsenz mit interaktiven Elementen, insbesondere auch Darstellung der standortübergreifenden Kliniken mit Ausbau von Schwerpunkten
9. Expansion des Behandlungsschwerpunkts für peritoneale metastasierte Tumorerkrankungen
10. Aufbau von Robotik-Chirurgie
11. Aufbau des gemeinsamen interdisziplinären Zentrums für Viszeralmedizin zusammen mit der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie Holweide und Merheim
12. Verbesserung der Patienten- und Einweiserinformationen durch regelmäßige Fortbildungen für Zuweiser und Patienten analog der Behandlungsschwerpunkte in der Klinik
13. Optimierung der Koordination zwischen Ärzten und Pflegenden zum Abbau der Wartezeiten im Rahmen der Sprechstunden
 - a. Verbesserung des Patientenservices in den Sprechstunden und in der Zentralen Notaufnahme
 - b. Aufbau einer chirurgischen Ambulanz im Zusammenhang mit dem Zentrum für Viszeralmedizin

14. Neue Planung der Zertifizierung als Viszeral-/Onkologisches Zentrum an beiden Standorten (Merheim und Holweide)
15. Organisation der Klinik vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie

Institut für Aus- und Weiterbildung:

1. Implementierung und Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung
2. Entwicklung und Etablierung neuer Weiterbildungsprodukte (u. a. Fachweiterbildung Praxisanleiter*innen, Stroke Unit)
3. Entwicklung eines Konzeptes zum Aufbau eines Fördermittelmanagements für den Bereich Bildung für die systematische Recherche und Akquise von relevanten Förderprogrammen
4. Weiterentwicklung von Kooperation und Netzwerken, insbesondere mit Kliniken, Hochschulen und Bildungseinrichtungen (Akademisierung der Pflege, Stationsleitungskurse, Pflegefachassistenz, Hebammen, OTA)
5. Engagement in der Qualitätsgemeinschaft Berufliche Bildung in der Region Köln (u.a. Qualitätstestierung durch Certqua)
6. Weiterentwicklung des Bereichs Integration internationaler Pflegekräfte: u. a. Entwicklung eines Projektes gemeinsam mit der Stadt Köln
7. Etablierung als Netzwerkpartner/Schulungszentrum im Deutschen Netzwerk Ersteinschätzung (MTS)
8. Digitization (Veränderungsprozess von analoger zu digitaler Form) und Digitalisierung der Aus- und Weiterbildung (mit Mitteln aus dem Digitalpakt Schule)
9. Weiterentwicklung des AFW Internet- und Intranetauftritts

Personalentwicklung / innerbetriebliche Fortbildung

1. Digitalisierung der Workflows und Einbindung in die digitale Personalakte.
2. Aufbau einer Bildungshistorie, systematische Erfassung von (Pflicht-)fortbildungen und Qualifikationen in der neuen Digitalen Personalakte.
3. Weiterentwicklung von EasySoft bzw. Ersetzen des Systems durch ein neues, passgenaueres IT System. EasySoft ist in der Personalentwicklung das führende Programm zur Seminaradministration und zur Dokumentation von Fortbildungen.
4. Förderung der Nachwuchsführungskräfte, insbesondere durch die Implementierung eines Nachwuchsförderkreises.
5. Weiterentwicklung des Internet- und Intranetauftritts der Personalentwicklung.

Institut für Transfusionsmedizin:

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

Zentralapotheke

1. Abteilungsübergreifender Aufbau eines Gerinnungsdepots für Notfälle
2. Ausbau der Dienstleistung „Apotheker auf Station“
3. Aufbau der Schrankversorgung mit Arzneimitteln

4. Etablierung eines Anamnesemanagements für Arzneimittel im Alterstraumazentrum
5. Beteiligung am interdisziplinären Antibiotikamanagement-Team in Form von Teilnahme an ABS-Visiten

Institut für Pathologie:

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

Zentrales Institut für Hygiene:

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

Rheinisches Tumorzentrum:

1. Ausbau der Online-Konferenzen via Teams
2. Prüfung und Einführung einer Software zur online Organisation von Tumorkonferenzen, ggf. Wechsel des Tumordokumentationssystems

Krankenhaus Holweide:

Anästhesiologie:

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

Frauenklinik mit Perinatalzentrum:

Frauenklinik mit Geburtshilfe

1. Weiterer Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Geburtshilfe mit Pränatal Plus (Zentrum für Pränatal-Medizin und Genetik), der Kinderchirurgie der Amsterdamer Straße und der Neonatologie sowie in der Gynäkologie innerhalb der existierenden Zentren
2. Ausbau des Beckenboden-Zentrums
3. Intensivierung der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Qualitätszirkel (z.B. Diabetes und Schwangerschaft) und im Rahmen der Tumorkonferenzen
4. Etablierung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen für das onkologische Zentrum
5. Die EE-Zeit (bei Notfall-Kaiserschnitten die Zeit von der Entscheidung bis zur Entwicklung des Kindes) liegt weiterhin deutlich unter dem nationalen Standard von 20 Minuten.
6. Vorbereitung einer (Re-)Zertifizierung als Gynäkologisches Krebszentrum durch Etablierung einer/eines weiteren Arztes/Ärztin mit der Qualifikation Gynäkologische Onkologie

Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalzentrum:

1. Geringe Mortalität und Morbidität extrem unreifer Frühgeborener an der Grenze der Lebensfähigkeit (22 – 24 Schwangerschaftswochen)
2. Reduktion der chronischen Lungenerkrankung von Frühgeborenen
3. Minimierung der Häufigkeit von Hirnblutungen beim Frühgeborenen
4. Vermeidung invasiver Beatmung durch nicht-invasive Atemunterstützung (CPAP/High-Flow)
5. Verminderung der Häufigkeit von Mekoniumpfropfsyndrom und fokalen intestinalen Perforationen extrem unreifer Frühgeborener
6. Gesteigerte Vermeidung von nosokomialen Infektionen durch strikte Beachtung der in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hygiene erstellten Hygienestandards

7. Minimierung des Zeitintervalls von der Erhebung eines auffälligen Pulsoxymetrie-Screening-Befundes (nach GBA-Richtlinie) bis zur Durchführung der kardiologischen Bestätigungsdiagnostik
8. Verbesserung der psychosozialen Betreuung der Eltern von Frühgeborenen durch Ausweitung der Betreuung durch Psychologen

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

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

Sektion Allgemeine Innere Medizinische Klinik:

Erweiterung der standortübergreifenden, internistischen Weiterbildung von bisher Medizinische Klinik Holweide und Medizinische Kliniken I und II in Merheim auf die Lungenklinik Merheim

Radiologische Abteilung:

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

Urologische Klinik:

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

Brustzentrum:

1. Fallzahlen halten, Richtwert 600 Primärfälle Mammakarzinom; Maßnahmen: volle Auslastung der Sprechstundenkapazität; Nutzung der OP-Kapazität
2. Onkologische Versorgung der Patient*innen, angestrebt wird weiterhin die Versorgung von 30% der onkologischen Patient*innen
3. Studienaktivitäten von 10% halten; Maßnahmen: Teilnahme an neuen in 2020 aufgelegten Studien, frei gewordene Stelle der Study Nurse ab 01.03.2022 neu besetzen

4. Patientenbefragung: Erreichen eines Rankingplatzes, mindestens im 2. Quintil; Maßnahmen: Beibehalten der Schmerztherapie, gemeinsame Visiten Arzt*innen/ Pflegende, Fortbildung für Pflegende durch OÄ, Patientengespräche unter Berücksichtigung der Partizipation der Patient*innen
5. Durchführen von 4 Qualitätszirkeln jährlich; Maßnahmen: frühzeitiges Festlegen eines Jahresterminplans in 2022
6. M&M Konferenzen ausbauen (Zielwert: 5% in Relation zur Primärfallzahl); Maßnahmen: frühzeitiges Festlegen eines Jahresterminplans in 2022
7. Alle Ärztinnen aus dem BZ sind promoviert; Maßnahmen: Prof. Warm unterstützt als Doktorvater die Promotion, entwickelt mit den Doktorandinnen Promotionsthemen und unterstützt wissenschaftliche Veröffentlichungen sowie Vorträge auf Kongressen
8. Alle Ärztinnen aus dem BZ haben mindestens Degum I, Degum II wird angestrebt; Maßnahmen: Alle Fachärztinnen haben eigene Sprechstunden, in denen sie ihre Patient*innen schallen. Über die Fortbildungs-Matrix werden Fristen zur Einhaltung der Zertifikate nachgehalten.
9. 5 Risikoaudits in 2022; Maßnahmen: Die Auditmatrix wird mit Terminen und Themen erarbeitet.

Sektion Notfallmedizin:

Restrukturierung der zentralen Notaufnahme zur effizienten, krankheitsbezogenen Patientenversorgung unter Optimierung der Wartezeiten

D-3 **Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

Das Qualitäts- und klinisches Risikomanagement ist eine dem Klinischen Direktor / der Geschäftsleitung direkt unterstellte Abteilung mit einem Leiter und sechs Mitarbeiter*innen (insgesamt 5,25 Vollzeitstellen), die gemeinsam die drei Krankenhäuser betreuen. Die Ziele, Kompetenzen und Aufgaben sind im Geschäftsverteilungsplan festgelegt.

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

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

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

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

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

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

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

1. Instrumente zur Analyse der Qualität

- Durchführung der systematischen KTQ-Selbstbewertung und
- der krankenhausesübergreifenden KTQ-Fremdbewertung und externer Audits zu den Organzentren sowie zur perioperativen Schmerztherapie durch unabhängige, externe Visitoren / Auditoren
- Durchführung von externen Risikoaudits
- Durchführung interner Audits
- Analyse von Rückmeldungen (einschl. Beschwerdemanagement)
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einweiserbefragungen
- unterjähriges Berichtswesen zu den Qualitätsindikatoren nach § 137 SGB V und den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren aus Routinedaten
- Identifikation und Analyse kritischer Ereignisse über das Critical Incident Reporting System (CIRS) und über einrichtungsübergreifende Meldesysteme (u.a. CIRS Medical)
- Umsetzung einer offenen Fehlerkultur in Einzel- und Teambesprechungen sowie in Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

2. Instrumente zur Verbesserung der Qualität

- Umsetzung von Aktionsplänen zu allen o.g. Analyse-Instrumenten
- Kommunikation und Evaluation des Leitbildes mit unseren Werten und Führungsgrundsätzen zur Weiterentwicklung der Unternehmens- und Sicherheitskultur
- Durchführung von berufsgruppenübergreifenden Führungskräftebildungen in der Form von Human Factor Trainings
- Projektgruppenarbeit zur Ausarbeitung und Umsetzung konkreter, zeitlich befristeter Projektaufträge
- Qualitätszirkelarbeit zur regelmäßigen Überprüfung und Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe
- Bearbeitung von Patienten-Rückmeldungen in der fachübergreifenden Rückmeldekommission, insbesondere zum Thema Patientenservice
- Implementierung von Behandlungspfaden, Standards zur Erstversorgung, Verfahrensanweisungen und Checklisten,
- Koordination des Ideenmanagements

3. Instrumente zur Dokumentation der Qualität

- Qualitätsmanagement-Handbuch im Intranet mit Volltextsuche; das Handbuch ist nach den KTQ-Kriterien gegliedert

- Veröffentlichung der Ergebnisse der Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragung im Intranet
- Veröffentlichung des KTQ-Visitationsberichts und der Berichte externer Audits im Intranet
- Erstellung von QM-Jahresberichten
- Darstellung der Qualität, einschließlich der Qualitätsziele (siehe D-2) im Qualitätsbericht
- Berichte über die o.g. Analysen und die abgeleiteten Verbesserungen im Intranet

4. Instrumente zur Information über die Aktivitäten des Qualitätsmanagements

- Informationsveranstaltungen
- internes QM Netzwerktreffen
- Teilnahme des Qualitätsmanagements an Leitungs- und Teambesprechungen
- Schulungen, z.B. zum klinischen Risikomanagement, zum Umgang mit Beschwerden, zur Durchführung einer KTQ-Selbst- und Fremdbewertung, zur Erstellung, Implementierung und Auswertung von Behandlungspfaden, zur Aufbereitung und Analyse der Qualitätsindikatoren und für die CIRS-Vertrauenspersonen.
- Veröffentlichung aktueller Themen in der zweimal monatlich erscheinenden KLINIK AKTUELL
- QM-Intranet-Seite und Nutzung der Kliniken-Rundmails
- Veröffentlichungen in der Fachpresse
- Vorträge in Fachgremien und auf Kongressen / Tagungen
- Unterrichtseinheiten in Stationsleiterkursen, für Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege, der operationstechnischen Assistenten und der Medizinisch Radiologischen Assistenten zu den wesentlichen Zielen und Aktivitäten des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

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

- Unterstützung der Unternehmenskultur, u.a. auch durch die Weiterentwicklung des Leitbilds, Leitbildaktionen und Mitarbeiterbefragungen auch zur Umsetzung der Führungsgrundsätze
- KTQ Rezertifizierung; Bearbeitung der Visitationsberichte in der Form eines Aktionsplans
- Rezertifizierung der Akutschmerztherapie
- Optimierung der Patientensicherheit durch klinisches Risikomanagement, u.a. mit externen Risikoaudits, Risikokoordinationsteams, Critical Incident Reporting System (CIRS), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie durch die Analyse der medizinischen Qualitätsindikatoren und ggf. Ableitung von gezielten Verbesserungen
- Klinische Prozessoptimierung, z.B. Koordination der Behandlungspfade und der Standards zur Erstversorgung
- Beschwerdemanagement mit Rückmeldekommissionen inkl. Aktionsplänen (auch zu sicherheitsrelevanten Themen)

- Erstellung der gesetzlichen Qualitätsberichte nach § 136b SGB V
- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement Handbuchs; Nutzung der Software Nexus-Curator
- Betreuung des Ideenmanagements
- Durchführung und Moderation von internen QM-Netzwerktreffen
- Moderation des Klinischen Ethik Komitees
- Durchführung einer kontinuierlichen Patientenbefragung in Verbindung mit dem Meinungs-/Beschwerdemanagement unter Berücksichtigung der Patientensicherheit
- Durchführung einer klinikübergreifenden Einweiserbefragung

Spezifisches Projekt im Krankenhaus Holweide

- Rezertifizierung des Brustzentrums nach ÄK-Zert und nach Onko-Zert
- Rezertifizierung der HNO-Klinik nach Onko-Zert

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

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

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

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

Check: Werden die formulierten Ziele durch die Umsetzung erreicht?

Act: Werden aus der Zielkontrolle die richtigen Schlussfolgerungen gezogen?

Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH mit dem Krankenhaus Merheim, dem Krankenhaus Holweide und dem Kinderkrankenhaus sind nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, www.KTQ.de) rezertifiziert. Sie haben bereits an der Pilotphase zur KTQ-Zertifizierung im Jahr 2000 teilgenommen. Die umfangreiche Zertifizierung, die alle Anforderungen der QM-Richtlinie des GBA und die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit beinhaltet, wird alle 3 Jahre durch umfassende Selbstbewertungen und eine neuntägige Fremdbewertung mit Dialogen und Begehungen in allen Fachabteilungen durch unabhängige, externe Visitoren wiederholt. Alle Standorte sind seit 2004/2005 nach KTQ zertifiziert, seit 2014 im Rahmen einer Verbund-Rezertifizierung. Aus den Visitationsberichten werden Aktionspläne erstellt, deren Umsetzung das Qualitätsmanagement begleitet.

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

Konkrete Qualitätsmessungen sind jeweils Bestandteil der Qualitätszirkel- und Projektgruppenarbeit. Zur Bewertung und Verbesserung der Patientensicherheit wurden/ werden u.a. jährliche externe Risikoaudits durchgeführt.

Die medizinische Prozess- und Ergebnisqualität wird im Berichtswesen zu den Qualitätsindikatoren nach § 136ff SGB V und zu den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren aus den Routinedaten im Vergleich zu den jeweiligen Referenzdaten bewertet.

Die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten sowie unserer Mitarbeiter+innen erheben wir unter Nutzung wissenschaftlicher Methoden durch den Einsatz von Fragebögen mit einer externen Forschungsgruppe. Durch die Kooperation mit diesem externen Institut ist zusätzlich der Vergleich mit anderen Krankenhäusern

(Benchmarking) gewährleistet. Außerdem führen wir alle drei Jahre eine Befragung unserer Einweiserinnen und Einweiser durch.

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

Patientenbefragung

Seit Ende 2016 wird eine kontinuierliche Patientenbefragung in Verbindung mit dem Meinungs-/Beschwerdemanagement durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Rahmen eines Benchmarkings mit den Ergebnissen von über 100 Krankenhäusern verglichen. Verbesserungsmaßnahmen werden aus den Ergebnissen auf zwei Ebenen abgeleitet:

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

Mitarbeiterbefragung

Eine Vollbefragung der Mitarbeiter mit externem Benchmark (mit 149 Vergleichskrankenhäusern) wurde zuletzt 2020 durchgeführt, der Rücklauf betrug 49%. Die Umsetzung von Verbesserungen erfolgt sowohl durch den krankenhaushübergreifenden Aktionsplan als auch durch die teamspezifischen Aktionspläne. Die Mitarbeiterbefragung beinhaltet alle wesentlichen Aspekte zur Mitarbeiterzufriedenheit incl. des wesentlichen Faktors Führung.

Auswertung der Meinungsbögen/Lob und Beschwerden

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

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

Krankenhausübergreifend trifft sich eine Rückmeldekommission, um alle eingegangenen Bögen zu sichten und strukturelle Probleme zu bearbeiten. Diese Rückmeldekommission besteht aus den Patientenfürsprechern*innen, einer Vertretung der Abteilung Patientenservice (zuständig u.a. für Speiseversorgung und Reinigung), und dem Qualitätsmanagement sowie nach Bedarf aus Vertretungen der betroffenen Bereichen. Möglichkeiten zur Verbesserung werden in Aktionspläne umgesetzt, die von den Mitgliedern der Rückmeldekommission weiter bearbeitet oder an die zuständigen Verantwortlichen weitergeleitet werden.

Einweiserbefragung

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

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

Die nächste Befragung ist für 2021 geplant.