



©Kliniken Köln/ Panousi

# Krankenhaus Holweide Qualitätsbericht 2023

Strukturierter Qualitätsbericht nach § 136b SGB V  
für das Berichtsjahr 2023 – erstellt am 15.11.2024

## Einleitung

Das Krankenhaus Holweide, eins der drei Krankenhäuser der Kliniken der Stadt Köln, erfüllt die Aufgaben der ortsnahen Schwerpunktversorgung mit den Fachabteilungen Anästhesiologie und Intensivmedizin, 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**. Einige Abteilungen kooperieren auch mit der Universität Witten-Herdecke. 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 einer unserer Schwerpunkte 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 Kliniken Köln handeln strikt nach den nationalen Hygienerichtlinien (RKI-Richtlinien), damit Patientinnen und Patienten eine sichere Behandlung erfahren und davor bewahrt werden, Krankenhausinfektionen zu erwerben. Das Institut für Hygiene ist verantwortlich für die Aufstellung und Kontrolle von Hygieneregeln zur Verhinderung von Krankenhausinfektionen. Weiterhin werden Primärpräventionsmaßnahmen implementiert. So nehmen die Kliniken Köln an der „Aktion Saubere Hände“ (ASH) teil. Ein umfangreiches Schulungsprogramm unter Einbeziehung hygienebeauftragter Ärzt\*innen und Hygienebeauftragter in der Pflege sowie hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen unterstützen eine ergebnisorientierte Präventionsarbeit.



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. Seit dem 01. Juli 2023 ist Privatdozent Dr. med. Michael Mallmann neuer Chefarzt der Frauenklinik. Sein Vorgänger Prof. Dr. Werner Neuhaus übernimmt die Leitung des gynäkologischen MVZ der Kliniken der Stadt Köln. Mit PD Dr. Mallmann haben die Kliniken Köln einen ausgewiesenen Experten sowohl in der Geburtsmedizin als auch in der operativen Gynäkologie und Gynäkologischen Onkologie gewonnen. Zudem beherrscht er innovative Behandlungen wie die fetale Chirurgie, die das Behandlungsspektrum der Frauenklinik Holweide sinnvoll erweitern. Seine Expertise ist eine wertvolle Ergänzung zum bestehenden **Perinatalzentrum** und der Abteilung für Senologie im Krankenhaus Holweide sowie zum Angebotspektrum im Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße.

Nur wenige Schritte von den Kreißsälen entfernt befinden sich ein Operationsaal 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 Kreißaal ein Simulationstraining Kreißaal der jährlichen Pflichtfortbildung. An zwei Tagen werden hier verschiedene Notfallszenarien im Kreißaal 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 Kreißaal 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 Brustenerkrankungen) 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. rheumatologische 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 Standort-übergreifende **ZIV – Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin**. Hier haben sich die **Klinik für Gastroenterologie, Gastro-intestinale 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. Die Sektion für minimal-invasive Chirurgie bietet das gesamte chirurgische Spektrum mit modernsten Verfahren an. Darüber hinaus erstrecken sich die Behandlungsschwerpunkte über die komplexe Tumorchirurgie, die Reflux Chirurgie, Proktologie bis hin zur Chirurgie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse. Herr Prof. Eisenberger ist zudem Leiter des Standort-übergreifenden Zentrum für Behandlungen von Erkrankungen des Darmes. Das Zentrum 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 Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie wurde Standort-übergreifend unter der Leitung von Prof. Dr. Eisenberger fusioniert und wird als eine Einheit mit zwei Standorten geführt. Im Rahmen der Neuorganisation wurde auch die bariatrische Chirurgie am Standort Holweide etabliert, wie auch die Vorbereitungsambulanz am Standort- Holweide eröffnet. Seit längerem bietet die Sektion für minimal-invasive Chirurgie ein breites Spektrum – bis hin zur Notes Chirurgie am Standort Holweide an. Gleichzeitig versorgt die Klinik die Notaufnahme mit dem bekannt großen Einzugsgebiet des Krankenhaus. Die Ambulanz des ZIV bietet in neu renovierten Räumen seine Sprechstunden an.

Die Standort-übergreifende **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 Klinik für Radiologie bietet nach umfangreicher Renovierung alle Bildgebung mit den modernsten Geräten auf allerhöchstem Niveau.

Die **Klinik für Anästhesie und interdisziplinäre Intensivmedizin** 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, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Senologie, HNO sowie internistische Endoskopie erbracht. Zusätzlich werden jährlich ca. 500 Epiduralkatheter bei Patientinnen im Kreißsaal 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 Ärzt\*innen der Anästhesieabteilung, den Kliniken für Innere Medizin des ZIV und der Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie jährlich ca. 2.000 Patientinnen und Patienten. Zusätzlich gibt es eine Intermediate Care Station des ZIV 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. Durch die Etablierung der standortübergreifenden Physiotherapie ist die Physiotherapie am Standort Holweide eine wesentliche Säule der Physiotherapie der Kliniken der Stadt Köln.

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.

### **Stomatherapie & Wundmanagement**

Die Stomatherapie und das Wundmanagement sind wesentliche Bestandteile des Krankenhaus Holweide und versorgen alle Kliniken.

### **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 Krankenhaus-

aufenthaltes bis 6 Wochen nach der Entlassung bieten die Kliniken Köln Beratungsgespräche, Pflgeetrainings im Krankenhaus und zu Hause, Familiengespräche und Hausbesuche. Das Pflgetraining 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 Pflge erleichternde Informationen zu bekommen. Darüber hinaus können alle Interessierten jederzeit, unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt, teilnehmen an Pflgekursen, 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 Patientenfürsprecherin wurde vom Aufsichtsrat der Kliniken Köln benannt. Bei Anregungen, Probleme oder Beschwerden ist die Patientenfürsprecherin 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<sup>®</sup> - 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 Berufsankennung“ ausgezeichnet worden.

### **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](mailto: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](mailto:PauseB@kliniken-koeln.de)

### **Weiterführende Links**

Homepage: [www.kliniken-koeln.de](http://www.kliniken-koeln.de)  
Weitere Informationen: [https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus\\_Holweide\\_-Startseite.htm?ActiveID=1559](https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_-Startseite.htm?ActiveID=1559)

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....</b>	<b>19</b>
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 [unbesetzt].....	20
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	20
A-6 Weitere nichtmedizinische 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.....	26
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	26
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	26
A-8.3 Forschungsschwerpunkte.....	27
A-9 Anzahl der Betten.....	28
A-10 Gesamtfallzahlen.....	28
A-11 Personal des Krankenhauses.....	28
A-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	28
A-11.2 Pflegepersonal.....	28
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungs-	
begleitung in Psychiatrie und Psychosomatik.....	30
A-11.3.1 Therapeutisches Personal.....	30
A-11.3.2 Genesungsbegleitung.....	30
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	31
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	32
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	32
A-12.1.1 Verantwortliche Person.....	32
A-12.1.2 Lenkungsgremium.....	32
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	32
A-12.2.1 Verantwortliche Person.....	32
A-12.2.2 Lenkungsgremium.....	32
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	32
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	33
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	34
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	34
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	34
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	35
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	35
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie.....	35
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden.....	36
A-12.3.2.4 Händedesinfektion.....	36
A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern	
(MRE).....	36
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	37
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	38
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	39
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium.....	39
A-12.5.2 Verantwortliche Person.....	39
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal.....	40
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen.....	40
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....	41
A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen....	41
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	42

A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	44
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe.....	44
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	45
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	46
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	46
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Organisations-</b>		
<b>einheiten / Fachabteilungen.....</b>		<b>47</b>
<b>B-1 Klinik für Anästhesiologie.....</b>		<b>48</b>
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	48
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	48
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	48
B-1.4	[unbesetzt].....	48
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	48
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	49
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	49
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	49
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	49
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	49
B-1.11	Personelle Ausstattung.....	50
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	50
B-1.11.2	Pflegepersonal.....	50
B-1.11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	50
<b>B-2 Sektion für Allgemeine Innere Medizin und Sektion für Hämatologie und Onkologie.....</b>		<b>51</b>
B-2.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	51
B-2.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	51
B-2.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	52
B-2.4	[unbesetzt].....	53
B-2.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	53
B-2.6	Diagnosen nach ICD.....	54
B-2.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	54
B-2.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	54
B-2.7	Prozeduren nach OPS.....	55
B-2.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	55
B-2.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren.....	56
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	57
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	57
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	58
B-2.11	Personelle Ausstattung.....	59
B-2.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	59
B-2.11.2	Pflegepersonal.....	59
<b>B-3 Brustzentrum.....</b>		<b>62</b>
B-3.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	62
B-3.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	62
B-3.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	62
B-3.4	[unbesetzt].....	64
B-3.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	64
B-3.6	Diagnosen nach ICD.....	64
B-3.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	64
B-3.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	65
B-3.7	Prozeduren nach OPS.....	65

B-3.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	65
B-3.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren.....	66
B-3.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	66
B-3.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	67
B-3.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	68
B-3.11	Personelle Ausstattung.....	68
B-3.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	68
B-3.11.2	Pflegepersonal.....	69
<b>B-4</b>	<b>Frauenklinik.....</b>	<b>71</b>
B-4.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	71
B-4.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	71
B-4.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	71
B-4.4	[unbesetzt].....	73
B-4.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	73
B-4.6	Diagnosen nach ICD.....	73
B-4.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	73
B-4.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	74
B-4.7	Prozeduren nach OPS.....	75
B-4.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	75
B-4.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren.....	76
B-4.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	76
B-4.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	78
B-4.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	79
B-4.11	Personelle Ausstattung.....	80
B-4.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	80
B-4.11.2	Pflegepersonal.....	80
<b>B-5</b>	<b>Perinatalzentrum.....</b>	<b>82</b>
B-5.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	82
B-5.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	82
B-5.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	83
B-5.4	[unbesetzt].....	83
B-5.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	83
B-5.6	Diagnosen nach ICD.....	85
B-5.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	85
B-5.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	86
B-5.7	Prozeduren nach OPS.....	86
B-5.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	86
B-5.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren.....	87
B-5.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	88
B-5.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	88
B-5.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	88
B-5.11	Personelle Ausstattung.....	88
B-5.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	88
B-5.11.2	Pflegepersonal.....	89
<b>B-6</b>	<b>Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie.....</b>	<b>91</b>
B-6.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	91
B-6.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	91
B-6.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	91
B-6.4	[unbesetzt].....	93
B-6.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	93
B-6.6	Diagnosen nach ICD.....	93
B-6.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	93
B-6.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	94
B-6.7	Prozeduren nach OPS.....	94
B-6.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	94

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	95
B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	96
B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	97
B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	98
B-6.11 Personelle Ausstattung.....	99
B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	99
B-6.11.2 Pflegepersonal.....	99
B-6.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	100
<b>B-7 Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin</b> .....	<b>101</b>
B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	101
B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	103
B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	103
B-7.4 [unbesetzt].....	106
B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	106
B-7.6 Diagnosen nach ICD.....	107
B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	107
B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	108
B-7.7 Prozeduren nach OPS.....	108
B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	108
B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	109
B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	110
B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	113
B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	114
B-7.11 Personelle Ausstattung.....	114
B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	114
B-7.11.2 Pflegepersonal.....	114
<b>B-8 Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin</b> .....	<b>117</b>
B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	117
B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	117
B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	117
B-8.4 [unbesetzt].....	119
B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	119
B-8.6 Diagnosen nach ICD.....	119
B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	119
B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	120
B-8.7 Prozeduren nach OPS.....	121
B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	121
B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	123
B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	124
B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	125
B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	125
B-8.11 Personelle Ausstattung.....	125
B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	125
B-8.11.2 Pflegepersonal.....	126
<b>B-9 Urologische Klinik</b> .....	<b>128</b>
B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	128
B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	128
B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	128
B-9.4 [unbesetzt].....	129
B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	130

B-9.6 Diagnosen nach ICD.....	131
B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	131
B-9.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	131
B-9.7 Prozeduren nach OPS.....	133
B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	133
B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	133
B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	135
B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	136
B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	136
B-9.11 Personelle Ausstattung.....	137
B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	137
B-9.11.2 Pflegepersonal.....	137
B-9.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	139
<b>B-10 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuro-     radiologie.....</b>	<b>140</b>
B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	140
B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	140
B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	140
B-10.4 [unbesetzt].....	141
B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	141
B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	141
B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	141
B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	142
B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	143
B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	143
B-10.11 Personelle Ausstattung.....	144
B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	144
B-10.11.2 Pflegepersonal.....	144
<b>B-11 Institut für Transfusionsmedizin.....</b>	<b>146</b>
B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	146
B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	146
B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	146
B-11.4 [unbesetzt].....	149
B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	149
B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	149
B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	149
B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	149
B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	149
B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	149
B-11.11 Personelle Ausstattung.....	149
B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	149
B-11.11.2 Pflegepersonal.....	150
<b>B-12 Institut für Hygiene.....</b>	<b>151</b>
B-12.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	151
B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	151
B-12.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	151
B-12.4 [unbesetzt].....	151
B-12.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	151
B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	151
B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	152
B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	152
B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	152
B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	152
B-12.11 Personelle Ausstattung.....	152

B-12.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	152
B-12.11.2	Pflegepersonal.....	153
<b>B-13</b>	<b>Institut für Pathologie.....</b>	<b>154</b>
B-13.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	154
B-13.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	154
B-13.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	154
B-13.4	[unbesetzt].....	157
B-13.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	157
B-13.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	157
B-13.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	157
B-13.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	157
B-13.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	157
B-13.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	158
B-13.11	Personelle Ausstattung.....	158
B-13.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	158
B-13.11.2	Pflegepersonal.....	158
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>159</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	159
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	159
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	159
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	189
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	189
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitäts- sicherung.....	189
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	189
C-5.1	Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr.....	189
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr.....	190
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	190
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	191
C-8	Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr.....	191
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG.....	191
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG.....	192
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richt- linie (PPP-RL).....	192
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	193
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>194</b>
D-1	Qualitätspolitik.....	194
D-2	Qualitätsziele.....	196
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	202
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	203
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	204
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	205

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## 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](mailto: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](mailto:GrohnertS@kliniken-koeln.de)

### Pflegedienstleitung

Name: Silvia Cohnen  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektion  
Telefon: 0221 / 8907 - 3433  
E-Mail: [Pflegedirektion@kliniken-koeln.de](mailto:Pflegedirektion@kliniken-koeln.de)

Name: Sylvia Salscheider  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung  
Telefon: 0221 / 8907 - 18746  
E-Mail: [Pflegedirektion@kliniken-koeln.de](mailto:Pflegedirektion@kliniken-koeln.de)

Name: Annett Elze  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegerische Zentrumsleitung (Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin)  
Telefon: 0221 / 8907 - 3433  
E-Mail: [Pflegedirektion@kliniken-koeln.de](mailto:Pflegedirektion@kliniken-koeln.de)

Name: Tanja Nothelle  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegerische Zentrumsleitung (Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin)  
Telefon: 0221 / 8907 - 3433  
E-Mail: [Pflegedirektion@kliniken-koeln.de](mailto:Pflegedirektion@kliniken-koeln.de)

## **Verwaltungsleitung**

Name: Prof. Dr. med Axel Goßmann  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführung  
Telefon: 0221 / 8907 - 2015  
E-Mail: [PauseB@kliniken-koeln.de](mailto:PauseB@kliniken-koeln.de)

Name: Sylvia Langer  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführung  
Telefon: 0221 / 8907 - 12303  
E-Mail: [FischermannH@kliniken-koeln.de](mailto:FischermannH@kliniken-koeln.de)

## **A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

Träger: Stadt Köln  
Art: öffentlich  
Internet: [www.stadt-koeln.de](http://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\\_17711.pdf](https://www.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm_Gesamt_17711.pdf) veröffentlicht.

## **A-4 [unbesetzt]**

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

## **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-Assesment-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 Kreißsaal
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare u.a. durch die Pflegefachkräfte ( <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Pflege___Familiale_Pflege.htm?ActiveID=4571">https://www.kliniken-koeln.de/Pflege___Familiale_Pflege.htm?ActiveID=4571</a> )
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 Visceralmedien 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 <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Pflege___Familiale_Pflege.htm?ActiveID=6279">https://www.kliniken-koeln.de/Pflege___Familiale_Pflege.htm?ActiveID=6279</a>
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker Informationen unter <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Medizinische_Klinik_Diabetologie.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Medizinische_Klinik_Diabetologie.htm</a>
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, <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Pflege_Pflegefachexperten.htm?ActiveID=6258">https://www.kliniken-koeln.de/Pflege_Pflegefachexperten.htm?ActiveID=6258</a>
MP43	Stillberatung <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Frauenklinik_Holweide___Nach_der_Geburt.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Frauenklinik_Holweide___Nach_der_Geburt.htm</a>
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 <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Wundmanagement.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Wundmanagement.htm</a> ActiveID=4781)
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Der Sozialdienst nennt Ihnen bei Bedarf Selbsthilfegruppen / Beratungsstellen in Ihrer Umgebung: <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.htm</a> .
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 <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.htm</a>
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit Informationen unter <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Frauenklinik_Holweide_Geburtsvorbereitung.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Frauenklinik_Holweide_Geburtsvorbereitung.htm</a> 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 nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
	<b>Patientenzimmer</b>	
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	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/-Pflege_Holweide_Woechnerinnen_-Neugeborene_Station_A1_und_C1.-htm">https://www.kliniken-koeln.de/-Pflege_Holweide_Woechnerinnen_-Neugeborene_Station_A1_und_C1.-htm</a>
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle teilweise (auf den bereits renovierten Stationen)	
	<b>Besondere Ausstattung des Krankenhauses</b>	
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	
	<b>Individuelle Hilfs- und Serviceangebote</b>	
NM07	Rooming-in	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/-Service_Pressemitteilung_2018_001.-htm">https://www.kliniken-koeln.de/-Service_Pressemitteilung_2018_001.-htm</a>
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) z. B. bei Begleitpersonen von Kindern (< 12 Jahre) kostenlos, ansonsten kostenpflichtig möglich	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/-Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.-htm?ActiveID=3731">https://www.kliniken-koeln.de/-Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.-htm?ActiveID=3731</a>
	(z.B. FRANKA Selbsthilfegruppe Frauen nach Karzinom e.V. Krankenhaus Holweide) <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Brustzentrum_Beratung.htm?ActiveID=1886">https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Brustzentrum_Beratung.htm?ActiveID=1886</a>	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/Seelsorge_Krankenhaus_Holweide.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Seelsorge_Krankenhaus_Holweide.htm</a>
NM68	Abschiedsraum	

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Christian Förster  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Interimsleitung der Bauabteilung  
 Telefon: 0221 / 8907 - 2241  
 E-Mail: [FoersterChi@Kliniken-Koeln.de](mailto:FoersterChi@Kliniken-Koeln.de)

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit</b>
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
	Im gesamten Gebäude
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</b>
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
BF11	Besondere personelle Unterstützung
	auf Anfrage
	<b>Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit</b>
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</b>
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung</b>
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 Schwerlastlifter bis 150 Kilogramm und Mobilisationsrollstuhl vorhanden
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien</b>
BF24	Diätische Angebote und spezielle Ernährungsberatung
	<b>Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung</b>
BF25	Dolmetscherdienste
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus <a href="https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Startseite.htm?ActiveID=5061">https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Startseite.htm?ActiveID=5061</a>
BF30	Mehrsprachige Internetseite <a href="https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Startseite.htm?ActiveID=5061">https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Startseite.htm?ActiveID=5061</a>
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
	<b>Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit</b>
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](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 Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe und von der Personalentwicklung der Kliniken der Stadt Köln gGmbH folgende Bildungsmöglichkeiten angeboten:

#### Weiterbildungen:

- Weiterbildung Intensivpflege/Pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie
- Externe Weiterbildungen reichern das Portfolio an. Thema und Bildungsstätte 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
- Qualifizierung zum/zur Stillmentor/in (alle 2 Jahre)
- Qualifizierung zum/zur Mentor/in für das klinische Risikomanagement
- Qualifizierung zum/zur Diabetesmentor\*in

Das Portfolio wird durch ein internes Fortbildungsprogramm ergänzt (Fachfortbildungen, Soft Skills und Führungskräfte-seminare), sowie die Möglichkeit an externen Seminaren teilzunehmen. Coachings und Supervisionen werden angeboten.

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
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
	Generalistische Pflegeausbildung (GPA) der Ausbildungsstart ist jedes Jahr zum 1. August und 1. November. Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH führen Vorbereitungskurse zur Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen in der Pflege durch.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.
	Im Rahmen eines dualen Studiengangs für Interessierte während der GPA möglich.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer
	Findet in Kooperation mit dem Klinikum Oberberg statt. Die Auszubildenden besuchen dort den theoretischen Unterricht. An den Kliniken Köln wird der praktische Teil der Ausbildung absolviert. Ein eigener Kurs im Ausbildungszentrum findet ab 01.04.2025 statt.
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)
	Ausbildungsstart asymmetrisch auf Anfrage
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)
	Ausbildungsstart alle 1,5 Jahre
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.

Detaillinformationen finden Sie auf unserer Homepage unter [http://www.kliniken-koeln.de/Klinische\\_Studien.htm?ActiveID=3593](http://www.kliniken-koeln.de/Klinische_Studien.htm?ActiveID=3593) und bei den Informationen zu den Fachabteilungen.

## A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 407

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 15.260

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 56.049

Fälle in StäB<sup>1</sup>: 0

<sup>1</sup> Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>152,81</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	152,81
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	121,65
– davon ambulante Versorgungsformen	31,16
<b>Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>61,43</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	61,43
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	48,42
– davon ambulante Versorgungsformen	13,01
<b>Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	<b>2,09</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,09
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,66
– davon ambulante Versorgungsformen	0,43
<b>Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	<b>1,58</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,58
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,26
– davon ambulante Versorgungsformen	0,32

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

#### Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>273,07</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	262,63	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	10,44	
– davon stationäre Versorgung	215,55	
– davon ambulante Versorgungsformen	57,52	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>43,72</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	43,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	34,29	
– davon ambulante Versorgungsformen	9,43	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>9,62</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,62	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,47	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,15	
<b>Pflegeschwester, Pflegefachmann</b>	<b>1,47</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,47	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,31	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	<b>8,54</b>	<b>1 Jahr</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,54	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,82	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	<b>48,22</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	48,22	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	38,01	
– davon ambulante Versorgungsformen	10,21	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	<b>16,79</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,79	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	12,71	
– davon ambulante Versorgungsformen	4,08	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operations- technische Assistenten</b>	<b>6,12</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,12	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,87	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>33,83</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	33,83	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	25,86	
– davon ambulante Versorgungsformen	7,97	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	52,22	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	52,22	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	41,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	10,72	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	6,74	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,74	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,36	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,38	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0,08	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,21	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	4,21	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,21	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,35	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,86	
Operationstechnische Assistentinnen und Operations-technische Assistenten	6,07	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,07	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,82	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25	
Medizinische Fachangestellte	3,44	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,44	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,73	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,71	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

**A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik**
**A-11.3.1 Therapeutisches Personal**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**A-11.3.2 Genesungsbegleitung**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	2,75
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,75
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2,19
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,56
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	1,41
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,37
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	1,08
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,08
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,86
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,22
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch- technischer Radiologieassistent (MTRA)	13,73
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,73
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	10,91
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,82
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	10,33
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,33
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	8,21
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,12
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1,45
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,45
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1,15
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,3
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	2,98
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,98
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2,37
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,61
SP40	Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/ Kinderpflegerin und Kinderpfleger	0,13
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,13
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,03

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

## **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](mailto:ThuesingC@kliniken-koeln.de)

Weitere Informationen über das Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement: finden Sie auf unserer Homepage.

#### **A-12.1.2 Lenkungsgremium**

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Geschäftsleitung: Geschäftsführung  
 Ärztliche Direktoren  
 Pflegedirektion  
 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](mailto:ThuesingC@kliniken-koeln.de)

#### **A-12.2.2 Lenkungsgremium**

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Geschäftsleitung: Geschäftsführung  
 Ärztliche Direktoren  
 Pflegedirektion  
 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: 16.08.2024
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM04	Klinisches Notfallmanagement Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
RM06	Sturzprophylaxe Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/ -konferenzen Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel VA M&M-Konferenz
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 29.07.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: halbjährlich

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

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

- Jährliche Durchführung von externen Risikoaudits
- >120 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
- Verfahrensanweisungen 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. In einem krankenhausesübergreifenden Treffen besprechen die CIRS-Vertrauenspersonen halbjährlich die aktuellen Themen des internen Fehlermeldesystems. Jährlich wird eine modulare Mentorenausbildung zum klinischen Risikomanagement im Krankenhaus angeboten.

### 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)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

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

Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

Die externen Berichte der einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesysteme (z.B. "Fall 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 <sup>1</sup>
Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	5
Fünf Krankenhaushygieniker*innen des Instituts für Hygiene sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig, zusätzlich drei Assistenzärzt*innen in Weiterbildung und ein Master der Neurowissenschaften.	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	9
Die Hygienebeauftragte-Ärztinnen und Ärzte sind für das Klinikum Holweide zuständig.	
Hygienefachkräfte (HFK)	9
Neun HFK sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig, zusätzlich ein Bachelor der Krankenhaushygiene und zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	
Hygienebeauftragte in der Pflege	19
Die geschulten Hygienementoren sind für das Klinikum Holweide zuständig.	

<sup>1</sup> Angabe in 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](mailto: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: Kopfhaut	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 und Verbandwechsel liegt vor: ja

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

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

#### **A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen: 195 ml/Patiententag

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 29 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

#### **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 Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke <sup>1</sup>	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
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

<sup>1</sup> [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://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 inklusive 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: <a href="mailto:QM@kliniken-koeln.de">QM@kliniken-koeln.de</a> M.Sc. Gesundheitsökonomie Kathrin Timoschenko Qualitätsmanagement Telefon: 0221 / 8907 - 12310 E-Mail: <a href="mailto:QM@kliniken-koeln.de">QM@kliniken-koeln.de</a>
	Weitere Ansprechpartnerin ist die Patientenfürsprecherin, die einmal wöchentlich vor Ort telefonisch oder schriftlich erreichbar ist (Tel.: +49 221 8907 - 2559, <a href="mailto:Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de">Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de</a> ).	

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: <a href="mailto:Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de">Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de</a> Frau Ursula Reinehr-Holtschneider Patientenfürspecherin Holweide Telefon: 0221 / 8907 - 2559 Telefax: 0221 / 8907 - 2432 E-Mail: <a href="mailto:Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de">Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de</a>
	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: <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm</a> .	
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 definierter Fachabteilungen werden regelmäßig durchgeführt.	

## 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. Axel Goßmann  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Klinischer Direktor  
 Telefon: 0221 / 8907 - 2015  
 E-Mail: [GossmannA@kliniken-koeln.de](mailto:GossmannA@kliniken-koeln.de)

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl <sup>1</sup>
Apothekerinnen und Apotheker	16
Weiteres pharmazeutisches Personal	20

<sup>1</sup> Angabe in 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
<b>Allgemeines</b>		
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	
<b>Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese</b>		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
<b>Medikationsprozess im Krankenhaus</b>		
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt 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.	
	<b>Entlassung</b>	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

ja

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

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

Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst:

ja

Das komplette Schutzkonzept wurde von der Gleichstellungsbeauftragten erstellt und wird zurzeit mit der Geschäftsleitung abgestimmt.

Instrumente und Maßnahmen im Rahmen des Schutzkonzeptes:

Nr.	Instrumente und Maßnahme	Zusatzangaben
SK01	Prävention: Informationsgewinnung zur Thematik	
SK04	Prävention: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	Letzte Überprüfung: 22.08.2023

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>
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; neuste Generation		
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	---- <sup>2</sup>
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim		
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<input checked="" type="checkbox"/>
	Incu i, Fa. Atom Medical; Babyleo Fa. Dräger		
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	---- <sup>2</sup>
	PillCam Platform, Fa. Medtronic		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	---- <sup>2</sup>
	u.a. Lithoskop Siemens		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		<input checked="" type="checkbox"/>
	z.B. auch ECMO in Kooperation mit der Lungenklinik im Krankenhaus Merheim		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input checked="" type="checkbox"/>
	1.5.T Achieva Fa. Philips		
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	---- <sup>2</sup>
	von Hologic: 3Dimensions (Röntengerät), Affirm Prone (Biopsy), Brevera 200 (Biopsy)		

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>
	in Kooperation mit der Medizinischen Klinik I Nephrologie im Krankenhaus Merheim		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	---- <sup>2</sup>
	E.CAM von Siemens		
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	---- <sup>2</sup>
	Firma Crystal Gammaprobe, Firma Neoprobe		
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	---- <sup>2</sup>
	Urodiagnost MRF		

<sup>1</sup> 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (<sup>2</sup> 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 Spezial- nein  
versorgung (siehe A-14.3):

#### **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**

<b>1</b>	<b>Klinik für Anästhesiologie.....</b>	<b>48</b>
<b>2</b>	<b>Sektion für Allgemeine Innere Medizin und Sektion für Hämatologie und Onkologie.....</b>	<b>51</b>
<b>3</b>	<b>Brustzentrum.....</b>	<b>62</b>
<b>4</b>	<b>Frauenklinik.....</b>	<b>71</b>
<b>5</b>	<b>Perinatalzentrum.....</b>	<b>82</b>
<b>6</b>	<b>Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie.....</b>	<b>91</b>
<b>7</b>	<b>Klinik für Viszeral-,Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin .....</b>	<b>101</b>
<b>8</b>	<b>Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin.....</b>	<b>117</b>
<b>9</b>	<b>Urologische Klinik.....</b>	<b>128</b>
<b>10</b>	<b>Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie.....</b>	<b>140</b>
<b>11</b>	<b>Institut für Transfusionsmedizin.....</b>	<b>146</b>
<b>12</b>	<b>Institut für Hygiene.....</b>	<b>151</b>
<b>13</b>	<b>Institut für Pathologie.....</b>	<b>154</b>

## **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](mailto:GerbershagenM@kliniken-koeln.de)

Straße: Neufelder Straße 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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. 11.000 Anästhesien durchgeführt, davon etwa 9.000 Allgemeinanästhesien, 1.500 Spinalanästhesien, sowie 500 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](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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	27,86
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,86
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	22,14
– davon ambulante Versorgungsformen	5,72
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,44
– davon ambulante Versorgungsformen	1,66
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
	mit WB-Ermächtigung

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
	WB-Ermächtigung
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

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

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement

### B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Bitte Ausfüllhinweise des G-BA beachten.

## **B-2           Sektion für Allgemeine Innere Medizin und Sektion für Hämatologie und Onkologie**

### **B-2.1       Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Sektion für Allgemeine Innere Medizin und Sektion für Hämatologie und Onkologie**

Name:           Sektion für Allgemeine Innere Medizin und Sektion für Hämatologie und Onkologie  
Art:             Hauptabteilung  
Telefon:        0221 / 8907 - 0  
E-Mail:         [med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de](mailto:med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de)

#### **Chefärztinnen und Chefarzte**

Name:           Dr. med. Stephan Weise  
Funktion /       Sektionsleiter Allgemeine Innere Medizin  
Arbeits-  
schwer-  
punkt:  
Telefon:        0221 / 8907 - 12039  
E-Mail:         [med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de](mailto:med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de)  
Straße:         Neufelder Straße 32  
PLZ / Ort:      51067 Köln

Name:           Dr. med. Limmroth Christina  
Funktion /       Sektionsleiterin Hämatologie und Onkologie  
Arbeits-  
schwer-  
punkt:  
Telefon:        0221 / 8907 - 12702  
E-Mail:         [med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de](mailto:med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de)  
Straße:         Neufelder Straße 32  
PLZ / Ort:      51067 Köln

### **B-2.2       Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 Sektion für Allgemeine Innere Medizin und Sektion für Hämatologie und Onkologie**

Medizinisches Leistungsspektrum der Sektion für Allgemeine Innere Medizin und der Sektion für Hämatologie und Onkologie:

Das breite medizinische Leistungsspektrum der Sektionen Allgemeine Innere Medizin und Hämatonkologie umfasst Diagnostik und Therapie von Herz- und Kreislauferkrankungen, Lungenerkrankungen, Infektiologie mit Infektionsstation, Diabetes mellitus, Physikalische Therapie, Schrittmachertherapie, Intensiv- und Notfallmedizin und mit einem besonderen Fokus Bluterkrankungen, Tumorerkrankungen mit Studienzentrum, Schmerztherapie sowie die interdisziplinäre Versorgung von Palliativpatient\*innen inklusive Psychoonkologie.

Die Sektionen sind 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 Assistenzärzt\*innen wird ebenfalls standortübergreifend durchgeführt.

Ein wichtiger Schwerpunkt besteht in der Diagnostik und Therapie von onkologischen und hämatologischen Krankheitsbildern sowohl im stationären Bereich als auch in der hämatonkologischen Ambulanz. Durch die enge Verzahnung beider Bereiche kann der stationäre Aufenthalt deutlich verkürzt werden und den Patient\*innen eine Therapie mit Rücksicht auf ihren Allgemeinzustand angeboten werden. Großes Augenmerk wird außerdem auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den hausinternen Zentren für Senologie, Gynäkologie, Viszeralmedizin und Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde gelegt. Durch eine enge Abstimmung im ambulanten und stationären Bereich ist eine medizinisch und organisatorisch hochwertige Behandlung möglich.

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 Patient\*innen mit kardiologischen Krankheitsbildern stehen Oberärzt\*innen mit entsprechender Ausbildung zur Verfügung. Neben Echokardiographie, Stressechokardiographie, Duplexuntersuchungen der Arterien und Venen erfolgt ebenfalls die Implantation und Nachsorge von Herzschrittmachern.

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
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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde siehe auch B-6.8
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim

#### **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 Sektion für Allgemeine Innere Medizin und Sektion für Hämatologie und Onkologie**

Vollstationäre Fallzahl: 2.236

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-2.6 Diagnosen nach ICD

### B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	273
2	I50	Herzschwäche	182
3	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	158
4	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	131
5	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	80
6	N17	Akutes Nierenversagen	69
7	E86	Flüssigkeitsmangel	66
8	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	64
9	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	59
10	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	56
11	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	52
12	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	45
13	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	43
14	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	37
15	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	34

### B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	56
A40	Blutvergiftung (Sepsis), ausgelöst durch Streptokokken-Bakterien	5
A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	4
A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	< 4
C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht - Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	< 4
C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	< 4
K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	< 4
K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	< 4
C16	Magenkrebs	< 4
K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	< 4
C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	< 4
C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	< 4
C15	Speiseröhrenkrebs	< 4

## B-2.7 Prozeduren nach OPS

### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1.532
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungen-schlagader und im rechten Vorhof des Herzens	285
3	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	248
4	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	190
5	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	182
6	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	161
7	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	158
8	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	149
9	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	80
10	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	70
11	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	67
12 - 1	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemo-therapie in die Vene bzw. unter die Haut	48
12 - 2	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	48
14	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	39
15	1-843	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	38
16	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	35
17 - 1	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	32
17 - 2	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	32
19	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	28
20 - 1	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	27

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20 – 2	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	27

### **B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

OPS	Bezeichnung	Anzahl
1-632.0	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	118
1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	29
1-655	Spezialfärbung der Dünn- und Dickdarmschleimhaut und der Schleimhaut des Anus während einer Spiegelung	11
1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	7
5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	7
1-442	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	6
1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	4
1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
1-447	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Bauchspeicheldrüse mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle	< 4
5-433	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens	< 4
1-313	Druckmessung der Speiseröhre - Ösophagusmanometrie	< 4
1-445	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberen Verdauungstrakt mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle	< 4
1-63a	Untersuchung des Dünndarms durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera	< 4

## B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

In unserer hämatoonkologischen Ambulanz werden alle Erkrankungen aus dem Spektrum der Onkologie und Hämatologie behandelt. Ein besonderer Schwerpunkt bildet die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den hausinternen Zentren für Senologie, Gynäkologie, Viszeralmedizin und Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde. Durch eine enge Zusammenarbeit mit unserem stationären Bereich ist eine optimale und bedürfnisgerechte Therapie in Abhängigkeit vom Zustand der Patient\*innen möglich.

In der Schrittmacherambulanz erfolgt die Behandlung von Patient\*innen, die hausintern oder extern mit einem Schrittmacher oder einem ICD versorgt worden sind. Die Ambulanz wird kardiologisch geführt und bietet ein herstellerübergreifendes Angebot von Diagnostiksoftware und -hardware.

### 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
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI38	Palliativmedizin
VI00	onkologische und hämatologische Therapie

### Schrittmacherambulanz

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
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI00	Kontrolle nach Schrittmacher- und Defibrillatoreimplantationen

## B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1 – 1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	< 4
1 – 2	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	< 4
1 – 3	8-146	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in Organe des Bauchraumes zur Ableitung von Flüssigkeit	< 4
1 – 4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
1 – 5	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	< 4
1 – 6	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	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1 – 7	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	< 4
1 – 8	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	< 4
1 – 9	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	< 4
1 – 10	8-123	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungssonde	< 4

**B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	17,02
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,02
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	14
– davon ambulante Versorgungsformen	3,02
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,74
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,74
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,72
– davon ambulante Versorgungsformen	1,02

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

#### 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
ZF30	Palliativmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

### B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	30,96	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,36	
– davon stationäre Versorgung	25,47	
– davon ambulante Versorgungsformen	5,49	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	4,67	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,67	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,84	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,83	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	1,14	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,94	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,2	
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0,29	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,29	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,24	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,05	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	0,98	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,98	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,81	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,17	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	5,74	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,74	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,02	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0,12	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	3,41	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,41	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,81	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,6	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ22	Intermediate Care Pflege

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen**

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

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

## **B-3 Brustzentrum**

### **B-3.1 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](mailto: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](mailto:WarmM@kliniken-koeln.de)  
Straße: Neufelder Str. 32  
PLZ / Ort: 51067 Köln

### **B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 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 vor Ort (z.B. DIEP, S-GAP, TMG-Lappen) in Zusammenarbeit mit plastischen Chirurgen
- Brustwarzenrekonstruktion operativ bzw. +/- Tätowierung
- plastische Rekonstruktionen bei angeboren Fehlbildungen, Transsexualität, Makromastie, Mikromastie
- Teilnahme an Studien
- Monatlich stattfindende Selbsthilfegruppe, regelmäßige Veranstaltungen für Niedergelassene und ärztliche Kollegen
- Operationsworkshop, Mammasonografiekurse für ärztliche Kollegen
- genetische Beratung im Haus

- \*Elektrochemotherapie
- \*Neuraltherapie, Akupunktur
- \*Palliative Versorgung
- \*Schmerztherapie

Weitere Informationen über den Fachbereich finden Sie unter [https://www.kliniken-koeln.de/Holweide\\_Brustzentrum\\_Start.htm?ActiveID=6422](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 Innere Medizin
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP14	Psychoonkologie
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
VR07	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie
VR17	Darstellung des Gefäßsystems: Lymphographie
VR18	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Szintigraphie
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR32	Strahlentherapie: Hochvoltstrahlentherapie In Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim
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
VR44	Allgemein: Teleradiologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Zertifiziertes Brustzentrum und Teil des Onkologischen Zentrums Brustzentrum

### **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 Brustzentrum**

Vollstationäre Fallzahl: 1.223

Teilstationäre Fallzahl: 0

Erläuterungen: Das Brustzentrum hat eine Kapazität von 23 Betten.

Im Jahr 2023 haben wir 605 Patient\*innen in unserer Klinik mit neu aufgetretenem Mammakarzinom bzw. DCIS behandelt 596 Patient\*innen wurden operiert.

339 Patient\*innen wurden neoadjuvant therapiert und im Laufe des Jahres bzw. Anfang 2024 operiert. Die Anzahl der primär systemischen Therapie steigt entsprechend der geltenden Empfehlungen zur Behandlung des Mammakarzinoms von Jahr zu Jahr stetig an.

Behandelte Primärfälle 2023: 605

Operierte Primärfälle 2023: 596

Die Zahl der Rezidiv-Behandlungen lag bei 91 Fällen.

### **B-3.6 Diagnosen nach ICD**

#### **B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C50	Brustkrebs	779
2	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdeile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	111
3	D05	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Brustdrüse	74
4	N62	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse	56
5	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	33
6	Z80	Krebskrankheit in der Familienvorgeschichte	24

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	18
8	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	16
9	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	13
10	Q83	Angeborene Fehlbildung der Brustdrüse	10

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 Prothetik bzw. Freien und gestielten Lappenplastiken, Brustwarzenrekonstruktion

8 Therapie bei Gynäkomastie (männliche Brustdrüsenanlage)

9 Geschlechtsangleichende Brustchirurgie

### **B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

operative Behandlung von Brustkrebspatienten: 786

operative Behandlung bei DCIS: 111

operative Therapie bei gutartigen Erkrankungen: 62

Prohylaktische Brustentfernung bei Mutation: 22

Therapie bei Gynäkomastie (männliche Brustdrüsenanlage)

geschlechtsangleichende Brustchirurgie bei Transgendern bzw. Geschlechtsdysphorie

ICD	Bezeichnung	Anzahl
N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	8
Q83.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma	8

### **B-3.7 Prozeduren nach OPS**

#### **B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	691
2	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	477
3	5-983	Erneute Operation	200
4	5-889	Sonstige Operation an der Brustdrüse	192
5	5-886	Sonstige wiederherstellende Operation an der Brustdrüse	159
6 – 1	5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	128

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6 – 2	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	128
8	5-884	Operative Brustverkleinerung	118
9	5-872	Operative Entfernung der Brustdrüse ohne Entfernung von Achsellymphknoten	115
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	94
11	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung	78
12	5-407	Entfernung sämtlicher Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	77
13	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	40
14	8-525	Sonstige Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes	39
15	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	37
16	5-881	Operativer Einschnitt in die Brustdrüse	34
17	5-882	Operation an der Brustwarze	30
18	5-911	Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht	27
19	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	26
20	5-404	Komplette, operative Entfernung aller Lymphknoten als selbstständige Operation	20

### **B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

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

Brusterhaltende Operationen: 712

Radikale Brustentfernung: 132

Haut/Nipplesparende Mastektomie mit Wiederaufbau durch Prothetik: 132

Brustverkleinerungen aus kosmetischen Gründen: 107

Rekonstruktion mit Prothetik: 186

Wächterlymphknotenentfernung: 476

### **B-3.8 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:

Diagnostik und Therapie bei Brustkrebs und Vorstufen

Diagnostik und Therapie bei gutartigen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie bei Fehlbildungen, Gynäkomastie, Makromastie oder Hypoplasie, Trans\*Gender/Geschlechtsdysphorie

Diagnostik und Therapie bei Prothetik

Diagnostik und Therapie bei akuten, chronisch/ rezidivierenden Entzündungen der Brust

Behandlung/Beratung von Mutationsträgerinnen von Brustkrebs

genetische Beratung und Testung

Studienteilnahme

### B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	143
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	60
3	5-882	Operation an der Brustwarze	4
4 – 1	5-402	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region [als selbstständige Operation]	< 4
4 – 2	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4 – 3	5-907	Erneute Operation einer Hautverpflanzung	< 4
4 – 4	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
4 – 5	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	< 4
4 – 6	3-100	Röntgendarstellung der Brustdrüse	< 4

### **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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	9,87
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,87
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	5,83
- davon ambulante Versorgungsformen	4,04
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,63
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,63
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	4,5
- davon ambulante Versorgungsformen	3,13

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### **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 (MWBO 2003) in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim
AQ68	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim
AQ58	Strahlentherapie in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF30	Palliativmedizin
ZF64	Plastische und Ästhetische Operationen in Kooperation

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)
ZF65	Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner
ZF40	Sozialmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim

### B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	20,74	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,76	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,98	
– davon stationäre Versorgung	12,24	
– davon ambulante Versorgungsformen	8,5	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	3,68	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,68	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,17	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,51	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	0,82	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,82	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,48	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,34	
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0,12	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,07	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,05	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	0,71	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,71	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,42	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,29	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	4,12	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,12	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,43	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,69	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0,09	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,09	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,05	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	6,67	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,67	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,94	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,73	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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 Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen**

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

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

## **B-4 Frauenklinik**

### **B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenklinik**

Name: Frauenklinik  
Art: Hauptabteilung

#### **Chefärztinnen und Chefarzte**

Name: PD Dr. med. Michael Mallmann  
Funktion / Chefarzt der Frauenklinik & Geburtshilfe  
Arbeits-  
schwer-  
punkt:  
Telefon: 0221 / 8907 - 2736  
E-Mail: [MallmannM@kliniken-koeln.de](mailto:MallmannM@kliniken-koeln.de)  
Straße: Neufelder Str. 32  
PLZ / Ort: 51067 Köln

### **B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 Frauenklinik**

#### **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
- Wöchentliche Perinatalzentrumsbesprechungen mit den Pädiatern, den Pränataldiagnostikern und den Geburtshelferinnen, ca. 2-4 Kasuistiken pro Woche, immer die Frühgeborenen < 1500g.
- Wöchentliche Tumorkonferenzen zur interdisziplinärer Behandlungsplanung
- Regelmäßige M&M-Konferenzen im Bereich Gynäkologie, gynäkologische Onkologie und Geburtshilfe

Weitere Informationen über den Fachbereich finden Sie unter [https://www.kliniken-koeln.de/Holweide\\_Frauenklinik\\_Startseite.htm?ActiveID=1624](https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Frauenklinik_Startseite.htm?ActiveID=1624).

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren Wöchentliche Tumorkonferenzen zur interdisziplinärer Behandlungsplanung
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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
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
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-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 Frauenklinik**

Vollstationäre Fallzahl: 3.733

Teilstationäre Fallzahl: 0

#### **B-4.6 Diagnosen nach ICD**

##### **B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	680
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	394
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	309
4	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	305
5	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	268
6	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	147

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	132
8	O04	Abtreibung	98
9	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	96
10	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	65
11	O81	Geburt eines Kindes mit Zange oder Saugglocke	63
12	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	60
13	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	57
14	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	51
15 – 1	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	49
15 – 2	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	49
17 – 1	P22	Atemnot beim Neugeborenen	48
17 – 2	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	48
19	O46	Blutung vor der Geburt	44
20	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	38
21 – 1	N80	Gutartige Wucherung der Gebärmutterschleimhaut außerhalb der Gebärmutter	31
21 – 2	D27	Gutartiger Eierstocktumor	31
23	O13	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck ohne Eiweißausscheidung im Urin	27
24 – 1	P05	Mangelentwicklung bzw. Mangelernährung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter	26
24 – 2	O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	26
26	C54	Gebärmutterkrebs	25
27 – 1	O23	Entzündung der Harn- bzw. Geschlechtsorgane in der Schwangerschaft	24
27 – 2	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	24
29 – 1	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	21
29 – 2	O62	Ungewöhnliche Wehentätigkeit	21
29 – 3	O24	Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft	21

#### **B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

ICD	Bezeichnung	Anzahl
O60.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung	38
C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	21
O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	18

ICD	Bezeichnung	Anzahl
C53	Gebärmutterhalskrebs	11
C56	Eierstockkrebs	7
O35.8	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Fetus	4
O30	Mehrlingsschwangerschaft	4
N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	4

## **B-4.7 Prozeduren nach OPS**

### **B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.162
2	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	1.098
3	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	844
4	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	706
5	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	494
6	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	227
7	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	154
8	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	141
9	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	108
10	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	106
11	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungen-schlagader und im rechten Vorhof des Herzens	88
12	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	85
13	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	68
14 - 1	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	65
14 - 2	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	65
16	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	61
17	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	56
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	54
19	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	52
20	5-469	Sonstige Operation am Darm	50
21	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	43

### B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
9-262.1	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	872
5-749.1	Sonstiger Kaiserschnitt	618
5-749.0	Sonstiger Kaiserschnitt	226
5-653.32	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	54
5-682.02	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	33
1-471.2	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter-schleimhaut ohne operativen Einschnitt	28
5-754.11	Behandlung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter	< 4
5-720	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Geburtszange	< 4
5-714	Operative Entfernung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	< 4

### B-4.8 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

### 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
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
VG15	Spezialsprechstunde

### B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	128
2	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	100
3	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	78
4	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	41

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	27
6	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	22
7	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	20
8	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	13
9	5-667	Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas	8
10	5-672	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Gebärmutterhalses	7
11	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	6
12	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	5
13 – 1	1-571	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gebärmutter bzw. Gebärmutterhals durch operativen Einschnitt	4
13 – 2	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	4
13 – 3	5-712	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	4

#### **B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

## B-4.11 Personelle Ausstattung

### B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	19,41
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,41
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	14,65
– davon ambulante Versorgungsformen	4,76
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,14
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,14
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,64
– davon ambulante Versorgungsformen	1,5

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

#### 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

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie

### B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	36,78	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	34,82	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,96	
– davon stationäre Versorgung	27,77	
– davon ambulante Versorgungsformen	9,01	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	6,71	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,71	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,07	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,64	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,64	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,64	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,24	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,4	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0,24	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,24	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,18	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,06	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	1,41	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,41	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,35	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	8,24	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,24	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6,22	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,02	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	16,03	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,03	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	12,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,93	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	3,07	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,07	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,32	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,75	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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 Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen**

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

## **B-5 Perinatalzentrum**

### **B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Perinatalzentrum**

Name: Perinatalzentrum

Art: Hauptabteilung

#### **Chefärztinnen und Chefarzte**

Name: Herr Prof. Dr. med Michael Weiß

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

Telefon: 0221 / 8907 - 5201

Telefax: 0221 / 8907 - 5476

E-Mail: [ToennesB@kliniken-koeln.de](mailto:ToennesB@kliniken-koeln.de)

Straße: Neufelder Str. 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

Name: Herr Dr. med. Marc Hoppenz

Funktion /  
Arbeits-  
schwer-  
punkt: Ärztlicher Leiter des Perinatalzentrums

Telefon: 0221 / 8907 - 5451

Telefax: 0221 / 8907 - 5395

E-Mail: [HoppenzM@kliniken-koeln.de](mailto:HoppenzM@kliniken-koeln.de)

Straße: Neufelder Str. 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

Das Perinatalzentrum ist Teil des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße.

### **B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 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](https://www.kliniken-koeln.de/Riehl_Neonatologie_Perinatalzentrum.htm?ActiveID=3141)

### **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 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: 250

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-5.6 Diagnosen nach ICD

### B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	129
2	P22	Atemnot beim Neugeborenen	66
3	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	15
4 – 1	P36	Blutvergiftung (Sepsis) durch Bakterien beim Neugeborenen	7
4 – 2	P28	Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	7
6 – 1	Q22	Angeborene Fehlbildung der rechten Vorhof- bzw. Kammerklappe (Pulmonal- bzw. Trikuspidalklappe)	< 4
6 – 2	Q79	Angeborene Fehlbildung des Muskel-Skelett-Systems, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist	< 4
6 – 3	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	< 4
6 – 4	P24	Atemnot oder Lungenentzündung des Neugeborenen durch Einatmung von Fruchtwasser	< 4
6 – 5	P21	Atemstillstand (Asphyxie) des Kindes während der Geburt	< 4
6 – 6	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	< 4
6 – 7	P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	< 4
6 – 8	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	< 4
6 – 9	P05	Mangelentwicklung bzw. Mangelernährung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter	< 4
6 – 10	Z38	Neugeborene	< 4
6 – 11	P04	Schädigung des ungeborenen Kindes bzw. des Neugeborenen durch Giftstoffe, die im Mutterleib oder mit der Muttermilch übertragen werden	< 4
6 – 12	Q91	Schwere angeborene Fehlbildungen durch ein überzähliges drittes Chromosom 18 (Edwards-Syndrom) oder ein überzähliges drittes Chromosom 13 (Patau-Syndrom)	< 4
6 – 13	Q04	Sonstige angeborene Fehlbildung des Gehirns	< 4
6 – 14	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	< 4
6 – 15	P61	Sonstige Krankheit des Blutes in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	< 4
6 – 16	P83	Sonstige Krankheit mit Beteiligung der Haut, die für das ungeborene Kind bzw. das Neugeborene kennzeichnend sind	< 4
6 – 17	P91	Sonstige Störung des Gehirns beim Neugeborenen	< 4
6 – 18	P96	Sonstiger Zustand, der seinen Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt hat	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
6 – 19	P25	Überblähung der Lunge (Emphysem) bzw. ähnliche Zustände mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	< 4

### **B-5.6.2 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-5.7 Prozeduren nach OPS**

#### **B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	402
2	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	266
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungen-schlagader und im rechten Vorhof des Herzens	259
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	171
6	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	107
7	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	75
8	8-700	Offenhalten der Atemwege durch einen Schlauch über Mund oder Nase	71
9	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	62
10	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	57
11	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	35
12	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	20
13	8-714	Spezialverfahren zur künstlichen Beatmung bei schwerem Atemversagen	18
14	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	14
15	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	13
16	8-811	Ausgleich eines Flüssigkeitsmangels bei Neugeborenen durch Einbringen von Flüssigkeit über eine Vene	8
17	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	6

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18 – 1	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4
18 – 2	8-607	Behandlung durch Unterkühlung zur Verringerung des Sauerstoffbedarfs	< 4
18 – 3	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	< 4
18 – 4	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	< 4
18 – 5	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	< 4
18 – 6	8-015	Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Hauptbehandlung	< 4
18 – 7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	< 4
18 – 8	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	< 4
18 – 9	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	< 4

#### **B-5.7.2 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-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

## B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-5.10 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-5.11 Personelle Ausstattung

### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	6,57
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,57
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	6,57
- davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,42
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,42
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	2,42
- davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### 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-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	8	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,57	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,43	
– davon stationäre Versorgung	8	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	1,46	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,46	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,46	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	0,36	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,36	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,36	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0,05	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,05	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,05	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	0,31	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,31	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,31	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	1,79	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,79	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0,04	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,04	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	0,14	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,14	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement

## **B-6 Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie**

### **B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie**

Name: Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 0221 / 8907 - 2727  
Telefax: 0221 / 8907 - 2730  
E-Mail: [HNO-Sekretariat@kliniken-koeln.de](mailto:HNO-Sekretariat@kliniken-koeln.de)

#### **Chefärztinnen und Chefarzte**

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

### **B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 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](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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH23	Allgemein: Spezialsprechstunde
	Cochlea Implant, Morbus Osler
VH26	Allgemein: Laserchirurgie

### **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 Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie**

Vollstationäre Fallzahl: 2.054

Teilstationäre Fallzahl: 0

### **B-6.6 Diagnosen nach ICD**

#### **B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	262
2	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	180
3	J03	Akute Mandelentzündung	144
4	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	128
5	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	119
6	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	78
7	C32	Kehlkopfkrebs	66
8	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	62
9	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	60
10	R04	Blutung aus den Atemwegen	50
11	H66	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung	49
12	H90	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls	44
13	H91	Sonstiger Hörverlust	40
14	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	36
15 - 1	H70	Entzündung des Warzenfortsatzes beim Ohr bzw. ähnliche Krankheiten	31
15 - 2	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	31
17	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	30
18	A46	Wundrose - Erysipel	27
19	B27	Pfeiffersches Drüsenfieber - Infektiöse Mononukleose	23
20 - 1	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	22
20 - 2	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	22

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
20 – 3	C44	Sonstiger Hautkrebs	22
23	H60	Entzündung des äußeren Gehörganges	21
24	H72	Trommelfellriss, die nicht durch Verletzung verursacht ist	20
25 – 1	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildung des Gesichtes bzw. des Halses	19
25 – 2	J39	Sonstige Krankheit der oberen Atemwege	19
27	H61	Sonstige Krankheit der Ohrmuschel bzw. des Gehörganges	17
28 – 1	J01	Akute Nasennebenhöhlenentzündung	16
28 – 2	J02	Akute Rachenentzündung	16
30 – 1	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	14
30 – 2	C09	Krebs der Gaumenmandel	14
30 – 3	D02	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	14

### B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
J34.2	Nasenseptumdeviation	110
C09	Krebs der Gaumenmandel	14
C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	11
C02	Sonstiger Zungenkrebs	11
D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	7
C01	Krebs des Zungengrundes	6
C04	Mundbodenkrebs	< 4

### B-6.7 Prozeduren nach OPS

#### B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	440
2	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	293
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	174
4	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	159
5	5-280	Operative Eröffnung bzw. Ableitung eines im Rachen gelegenen eitrigen Entzündungsherdes (Abszess) von der Mundhöhle aus	150
6 – 1	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	134
6 – 2	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	134
8	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	129
9	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	124
10	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	108
11	5-983	Erneute Operation	103

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
12 – 1	1-546	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Mundrachen durch operativen Einschnitt	94
12 – 2	5-221	Operation an der Kieferhöhle	94
14	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	84
15	1-549	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Kehlkopf durch operativen Einschnitt	71
16	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	59
17	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	54
18	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	53
19	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	51
20	5-203	Operative Ausräumung des Warzenfortsatzes	50
21	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	46
22 – 1	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupe, Operationsmikroskop	38
22 – 2	8-506	Wechsel bzw. Entfernung von eingebrachten Verbandstoffen (Tamponaden) bei Blutungen	38
24	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	37
25 – 1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	34
25 – 2	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	34
25 – 3	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	34
28	5-205	Sonstige operative Entfernung an Mittel- bzw. Innenohr	31
29 – 1	5-312	Anlegen eines dauerhaften, künstlichen Luftröhrenausganges	28
29 – 2	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	28

### **B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	24
5-302	Sonstige teilweise Entfernung des Kehlkopfes	23
5-905	Hautverpflanzung mit zugehörigen blutversorgenden Gefäßen und Nerven[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	20
5-209.2	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	18
5-301	Operative Entfernung einer Kehlkopfhälfte	11
5-303	Operative Entfernung des Kehlkopfes	8
5-295.1	Operative Entfernung von Teilen des Rachens	7
5-197	Operativer Einsatz einer Steigbügelprothese	5

## B-6.8 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 Krankenhausärztinnen 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
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 Tumortherapie

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
- Morbus Osler
- Erkrankungen der Speicheldrüsen

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	133
2	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	129
3	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	101
4	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	69
5	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	41
6	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	32
7	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	28
8	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	8
9	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	5
10 - 1	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	4
10 - 2	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	4
10 - 3	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	13,98
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,98
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,29
– davon ambulante Versorgungsformen	4,69
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,21
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,21
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,46
– davon ambulante Versorgungsformen	1,75

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (MWBO 2003)

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF33	Plastische Operationen (MWBO 2003)
ZF64	Plastische und Ästhetische Operationen

### B-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	20,85	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,83	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,02	
– davon stationäre Versorgung	13,85	
– davon ambulante Versorgungsformen	7	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	4,37	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,37	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,9	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,47	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,74	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,74	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,58	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0,12	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	0,74	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,74	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,49	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,25	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	4,3	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,86	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,44	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0,09	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,09	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,03	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	2,28	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,28	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,51	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,77	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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 Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP14	Schmerzmanagement
ZP27	OP-Koordination/OP-Management

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

### **B-6.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

siehe B.1-12.3

## **B-7 Klinik für Viszeral-,Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin**

### **B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Viszeral-,Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin**

Name: Klinik für Viszeral-,Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin

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 Standort Holweide und Merheim

Telefon: 0221 / 8907 - 2643

Telefax: 0221 / 8907 - 2377

E-Mail: [EisenbergerCF@kliniken-koeln.de](mailto:EisenbergerCF@kliniken-koeln.de)

Straße: Neufelderstrasse 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

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](mailto:HeissM@kliniken-koeln.de)

Straße: Neufelderstrasse 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

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. Ab November 2022 ist Prof. Eisenberger alleiniger Chefarzt beider Standorte.

Die **Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie am Standort Köln-Holweide** behandelt alle chirurgischen Erkrankungen der abdominalen Organe (Organe in der Bauchhöhle). Im einzelnen sind dies Erkrankungen des Verdauungssystems (Speiseröhre, Magen, Dünn- und Dickdarm, Enddarm, Leber und Bauchspeicheldrüse), Erkrankungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und der Nebenniere sowie Hernien („Brüche“) der Bauchwand und der Leistenregion.

Die Sektion **Gefäßchirurgie** verortet am Standort Merheim behandelt alle Erkrankungen der Halsschlagadern, der Aorta sowie aller peripheren arteriellen und venösen Gefäße. In der **Transplantationschirurgie** werden Nierentransplantationen inklusive Blutgruppenungleichen Transplantationen und Lebendspenden sowie Transplantationen der Bauchspeicheldrüse durchgeführt.

#### **Spezielle chirurgische Schwerpunkte mit eigenen Sprechstunden:**

n Onkologische Chirurgie („Chirurgie bösartiger Erkrankungen“)

Klinik für Viszeral-,Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide;  
Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin101

- n Minimal invasive Chirurgie („Schlüsselloch-Chirurgie“) und NOTES
- n Chirurgie bei Adipositas (Übergewicht)
- n Hernienchirurgie
- n Koloproktologie
- n Endokrine Chirurgie
- n Gefäßchirurgie (am Standort Merheim)

In der onkologischen Chirurgie werden alle Tumoren des Verdauungssystems mit modernsten chirurgischen Therapieverfahren behandelt. Die Behandlung aller Patienten erfolgt interdisziplinär über das Tumor-Board des Rheinischen Tumorzentrums. Spezielle Verfahren werden für das Magenkarzinom, das Ösophaguskarzinom, das Pankreaskarzinom, für Tumoren des Dün-, Dick- und Enddarms, für Tumoren der Leber sowie für Weichgewebstumoren („Sarkome“) angeboten. Die Klinik hat große Expertise bei Operationen ausgedehnter Tumoren mit Befall mehrerer Organe (multiviszerale Resektionen). Spezieller Schwerpunkt sind Tumoren mit Befall des Bauchfells (Peritonealkarzinose), für die alle operativen Verfahren, sowie die hypertherme Chemoperfusion (HIPEC) angeboten werden. Die Klinik ist zertifiziertes Kompetenzzentrum für bösartige Erkrankungen des Peritoneums.

In Kooperation mit der Klinik für Strahlentherapie kann eine gezielte Strahlentherapie (Brachytherapie) über intraoperativ eingebrachte Applikationssysteme durchgeführt werden.

Bei der minimal-invasiven Chirurgie wird auf einen großen Bauchschnitt verzichtet. Über kleine Schnitte werden spezielle Instrumente und eine Miniaturkamera in das Operationsgebiet eingeführt. Zu den Vorteilen dieser Technik zählen eine Verminderung der Schmerzen, kleine Narben, geringeres Risiko von Narbenbrüchen und somit eine schnellere Erholung sowie ein kürzerer Aufenthalt im Krankenhaus. Erkrankungen der Gallenblase, des Wurmfortsatzes („Blinddarm“), Leistenbrüche, Zwerchfellbrüche, Narbenbrüche, Darmteilentfernungen (auch bei bösartigen Tumoren) und Eingriffe bei Verwachsungen werden nahezu ausnahmslos minimalinvasiv behandelt. Die NOTES-Technik (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery; endoskopische Chirurgie über natürliche Körperöffnungen) ist eine Weiterentwicklung, bei der der häufig notwendige Bergeschnitt entfällt. Gallenblasen-, „Blinddarm“- und Darmoperationen werden zudem häufig in der NOTES-Technik durchgeführt. Auf Grund der hervorragenden Expertise unserer Abteilung ist die Klinik auch als bundesweit erstes Exzellenzzentrum für Minimal-Invasive Chirurgie zertifiziert worden.

In unserem Adipositas-Zentrum erfolgt die Behandlung des krankhaften Übergewichts in interdisziplinärer Abstimmung mit Ernährungsexperten, Internisten und Chirurgen. Es werden alle modernen Verfahren (Magenschlauch-Operation, Magen-Bypass-Operation, Magenband etc.) in minimal invasiver Technik angeboten. Die Klinik ist zertifiziertes Kompetenzzentrum für Metabolische- und Adipositaschirurgie.

Im Bereich der Hernienchirurgie werden alle Arten von Bauchwandhernien, sowie Leisten- und Schenkelhernien laparoskopisch versorgt. In unserem ZACK (Zentrum für Ambulante Chirurgie Köln) werden Patienten in einem integrierten Versorgungsmodell vollständig ambulant operiert. Die Versorgung der großen Bauchdeckendefekte mit aufwendigen Rekonstruktionen der gesamten Bauchwand ist ein weiterer Schwerpunkt unserer Klinik.

Die Chirurgie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse erfolgt unter Neuromonitoring des Stimmbandnerven. Gleichzeitig können bösartige Veränderungen des Gewebes durch die Pathologie unseres Hauses noch während der Operation diagnostiziert und das Operationsverfahren entsprechend angepasst werden, so dass Folgeoperationen vermieden werden können. Bei bösartigen Schilddrüsenerkrankungen stehen uns in Kooperation mit der Nuklear- und Strahlenmedizin im Hause alle erforderlichen Therapie-

verfahren zur Verfügung. Die minimalinvasive Therapie von Nebennierentumoren ist fest etabliert.

Die Koloproktologie umfasst die Diagnostik und Behandlung von gut- und bösartigen Erkrankungen des Dickdarms, Mastdarms und Afters sowie Funktionsstörungen wie Stuhlinkontinenz und Stuhlentleerungsstörungen. Die Behandlung gutartiger Erkrankungen wie Hämorrhoiden, Fisteln, Stuhlentleerungsstörungen und Inkontinenz erfolgt Befund- und Patientenorientiert. Dabei werden sowohl alle konservativen Behandlungen als auch minimal-invasive Operationsmethoden angeboten. Bösartige Tumore (Kolon-, Rektum- und Analkarzinom) werden interdisziplinär behandelt. (Strahlentherapie, Onkologie, Radiologie, Pathologie). Die Klinik ist zertifiziertes Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie.

In der Gefäßchirurgie am Standort Merheim werden alle offenen und endovaskulären Eingriffe bei thorakalen und abdominalen Aneurysmen, bei Verschlüssen von Arterien, der Halsschlagader und der Extremitäten (Bypass-Operationen), Shuntanlagen, sowie bei Varizen durchgeführt. Es werden alle modernen endovaskulären Verfahren angeboten. Hier verweisen wir auf den Qualitätsbericht unserer Klinik und des Zentrums für interdisziplinäre Viszeralmedizin am Standort Köln Merheim.

Weitere Informationen unter: [https://www.kliniken-koeln.de/ZIV\\_Zentrum\\_fuer\\_interdisziplinaere\\_Viszeralmedizin\\_Startseite.htm?ActiveID=8081](https://www.kliniken-koeln.de/ZIV_Zentrum_fuer_interdisziplinaere_Viszeralmedizin_Startseite.htm?ActiveID=8081) [https://www.kliniken-koeln.de/ZIV\\_Zentrum\\_fuer\\_interdisziplinaere\\_Viszeralmedizin\\_Startseite.htm?ActiveID=8081](https://www.kliniken-koeln.de/ZIV_Zentrum_fuer_interdisziplinaere_Viszeralmedizin_Startseite.htm?ActiveID=8081)

## **B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin**

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:

- 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 multiviszerale Resektionen.
- Endokrine Chirurgie: Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Pankreas, Nebenniere
  - auch minimalinvasiv, interdisziplinäre Endoskopie

Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide;  
Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin 103

- 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
- Eventrecordern 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

### 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](https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Chirurgie_Startseite.htm?ActiveID=1433)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
	Metastasenchirurgie, Bullaresektion, Hyperhidrosis
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
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
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
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen [z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn] Darmzentrum Chirurgie des Dün- und Dickdarmes
VX00	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechsel-krankheiten [z. B. Diabetes, Schilddrüse]
VX00	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VX00	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VX00	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Viszeral- chirurgie):
VX00	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VX00	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VX00	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VX00	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VX00	Intensivmedizin
VX00	Kontinenzzentrum
VX00	Leber- Pankreas- und Ösophaguschirurgie
VX00	Multivisceralresektionen

Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide;  
 Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin 105

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Physikalische Therapie
VX00	Transfusionsmedizin
VX00	Zentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie
VX00	Zertifiziertes Referenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie

#### **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 Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin**

Vollstationäre Fallzahl: 1.292

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-7.6 Diagnosen nach ICD

### B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E66	Fettleibigkeit, schweres Übergewicht	182
2	K80	Gallensteinleiden	172
3	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	77
4	K40	Leistenbruch (Hernie)	68
5	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	64
6	K35	Akute Blinddarmentzündung	63
7	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	50
8	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	43
9	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	41
10	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	32
11	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	28
12	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	27
13	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	26
14 - 1	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	24
14 - 2	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	24
16	C73	Schilddrüsenkrebs	18
17 - 1	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	14
17 - 2	K42	Nabelbruch (Hernie)	14
19	K81	Gallenblasenentzündung	13
20 - 1	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms	12
20 - 2	A46	Wundrose - Erysipel	12
22	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	11
23 - 1	C50	Brustkrebs	10
23 - 2	D34	Gutartiger Tumor der Schilddrüse	10
25 - 1	K62	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters	9
25 - 2	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	9
27 - 1	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	7
27 - 2	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	7
27 - 3	E05	Schilddrüsenüberfunktion	7
27 - 4	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	7

## B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	6
K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	6
K25	Magengeschwür	6
C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	5
C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	5
C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	5
C44	Sonstiger Hautkrebs	5
C16	Magenkrebs	4
K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	4
K66	Sonstige Krankheit des Bauchfells (Peritoneum)	4

## B-7.7 Prozeduren nach OPS

### B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	244
2	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	197
3	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	182
4	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	157
5	5-445	Operative Verbindung zwischen Magen und Dünndarm unter Umgehung des Zwölffingerdarms, ohne Entfernung des Magens	154
6	5-469	Sonstige Operation am Darm	149
7	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	140
8 – 1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungen-schlagader und im rechten Vorhof des Herzens	107
8 – 2	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	107
10	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	81
11	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	79
12	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	69
13	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	65
14 – 1	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	61
14 – 2	5-063	Operative Entfernung der Schilddrüse	61
14 – 3	5-061	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte	61
17	5-448	Sonstige wiederherstellende Operation am Magen	57
18	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	53

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
19	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	49
20 – 1	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	47
20 – 2	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	47
22	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Anus	45
23	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	44
24	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	38
25	8-190	Spezielle Verbandstechnik	36
26	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	35
27	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	34
28	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	33
29	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	32
30 – 1	5-434	Selten verwendete Technik zur operativen Teilentfernung des Magens	31
30 – 2	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	31

### **B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	29
8-176	Behandlung durch Spülung des Bauchraumes bei vorhandener Flüssigkeitsableitung und vorübergehendem Verschluss der Bauchdecke	28
5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	28
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	27
5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	26
5-545	Operativer Verschluss der Bauchwand bzw. des Bauchfells (Peritoneum)	26
5-454	Operative Dünndarmentfernung	21
5-067	Operative Entfernung einer oder mehrerer Nebenschilddrüsen	21
5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	20
5-467	Sonstige wiederherstellende Operation am Darm	18
1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	16
8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	15
5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	15

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-449	Sonstige Operation am Magen	15
5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	14
5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	14
1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	13
5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	11
1-559	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Verdauungsorganen, dem Bauchfell (Peritoneum) bzw. dem dahinter liegenden Gewebe (Retroperitoneum) durch operativen Einschnitt	11
5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	11
5-471	Entfernung des Blinddarms im Rahmen einer anderen Operation	10
5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	10
5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	9
1-551	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber durch operativen Einschnitt	9
5-524	Operative Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse	9
5-062	Sonstige teilweise Entfernung der Schilddrüse	9
8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	8
5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	8
5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	8
5-542	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Bauchwand	8

## **B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Privatambulanz**

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: Privatversicherte und Zusatzversicherte

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Röntgenuntersuchungen
VC00	Computertomographie
VC00	MRT
VC00	Sonographie
VC00	Endoskopie (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Proktoskopie, Endosonographie, ERCP)
VC00	Therapieplanung zusammen mit der Onkologischen Ambulanz und dem Rheinischen Tumorzentrum
VC00	Therapieplanung in Kooperation mit der Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin
VC00	Labordiagnostik

Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide;  
 Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin110

### Schilddrüsenambulanz; Spezialsprechstunde endokrine Chirurgie

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
 Erläuterung: Beratung und ggf. praeop. Vorbereitung bei Schilddrüsenenerkrankungen aller Art

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Sonographie, Doppler, Duplex
VC00	Röntgenuntersuchung
VC00	Computertomographie
VC00	MRT

### Hepatobiliäre Sprechstunde (Leber- und Bauchspeicheldrüsensprechstunde)

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Sonographie inkl. Leberdoppler und Duplex; Kontrastmittelsonographie
VC00	Röntgenuntersuchung
VC00	Computertomographie
VC00	MRT
VC00	Nuklearmedizin
VC00	Endoskopie (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Proktoskopie, Endosonographie, ERCP)
VC00	Therapieplanung in Zusammenarbeit mit dem rheinischen Tumorzentrum und der Onkologischen Ambulanz
VC00	Therapieplanung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin

### Tumorsprechstunde; Onkologische Chirurgie

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
VC00	Röntgenuntersuchungen
VC00	Computertomographie
VC00	MRT
VC00	Sonographie
VC00	Endoskopie (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Proktoskopie, Endosonographie, ERCP)
VC00	Therapieplanung in Zusammenarbeit mit der Onkologischen Ambulanz und dem Rheinischen Tumorzentrum
VC00	Therapieplanung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin
VC00	Labordiagnostik
VC00	Nuklearmedizin

### Proktologische Sprechstunde

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

Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide;  
 Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin 111

Erläuterung: Alle Erkrankungen des Afters und des Enddarms,  
 Beckenbodenschwäche

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Sonographie
VC00	Röntgenuntersuchung
VC00	Computertomographie
VC00	MRT
VC00	Endoskopie (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Proktoskopie, Endosonographie, ERCP)
VC00	Therapieplanung in Kooperation mit dem rheinischen Tumorzentrum und der Onkologischen Ambulanz
VC00	Therapieplanung in Kooperation mit der Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin

### Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Erläuterung: 24 Stunden ausschließlich für Notfälle aller Art

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Röntgenuntersuchungen
VC00	Computertomographie
VC00	MRT
VC00	Sonographie
VC00	Endoskopie (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Proktoskopie, Endosonographie, ERCP)
VC00	Labordiagnostik
VX00	Diagnostik und Therapie aller Notfallerkkrankungen und -verletzungen

### Refluxsprechstunde

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

Erläuterung: Refluxerkrankungen der Speiseröhre

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Röntgenuntersuchungen
VC00	Computertomographie
VC00	MRT
VC00	Sonographie
VC00	Endoskopie (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Proktoskopie, Endosonographie, ERCP)
VC00	Therapieplanung in Kooperation mit der Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin

### Spezialsprechstunde Adipositas- und Metabolische Chirurgie

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Sonographie
VC00	Röntgenuntersuchung
VC00	Computertomographie
VC00	MRT

Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie Standort Holweide;  
 Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin 112

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Ernährungsberatung
VC00	Therapieplanung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Plastische Chirurgie
VC00	Therapieplanung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin

### Hernien-Spezialsprechstunde

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Sonographie
VC00	Röntgenuntersuchung
VC00	Computertomographie
VC00	MRT
VC00	Endoskopie (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Proktoskopie, Endosonographie, ERCP)

### Diabetische Fußsprechstunde

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Sonographie, Doppler, Duplex
VC00	Therapieplanung in Zusammenarbeit mit der interdisziplinären Gefäßkonferenz
VC00	Computertomographie
VC00	MRT

### B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	152
2	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	41
3 – 1	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	23
3 – 2	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Anus	23
5	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	20
6	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	19
7	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	18
8	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	15
9	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	14
10 – 1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	10
10 – 2	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	10
12	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	7

### **B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

außer SUVGoÄ der Berufsgenossenschaft

### **B-7.11 Personelle Ausstattung**

#### **B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	19,35
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,35
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	17,57
- davon ambulante Versorgungsformen	1,78
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	9,56
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,56
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	8,68
- davon ambulante Versorgungsformen	0,88

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
	mit WB-Ermächtigung
AQ07	Gefäßchirurgie
	mit WB-Ermächtigung am Standort Merheim
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

#### **B-7.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	27,19	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,74	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,45	
– davon stationäre Versorgung	24,69	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,5	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	4,96	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,96	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,46	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	1,21	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,21	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,11	
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0,18	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,18	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	1,04	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,04	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,94	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,1	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	6,2	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,63	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,57	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0,13	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,13	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,12	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,01	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operations- technische Assistenten</b>	0,05	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,05	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,05	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	3,39	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,39	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,31	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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 Fachexpertise der Abteilung - 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-8 Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin**

**B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin**

Name: Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin

Schlüssel: Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie (0107)

Art: Hauptabteilung

Telefon: 0221 / 8907 - 2602

Telefax: 0221 / 8907 - 2799

E-Mail: [ZIV@kliniken-koeln.de](mailto:ZIV@kliniken-koeln.de)

**Chefärztinnen und Chefarzte**

Name: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Arno J. Dormann, MHM

Funktion / Arbeits-schwer-punkt: Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin am Standort Holweide und Merheim

Telefon: 0221 / 8907 - 2602

Telefax: 0221 / 8907 - 2799

E-Mail: [ZIV@kliniken-koeln.de](mailto:ZIV@kliniken-koeln.de)

Straße: Neufelder Str. 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

**B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
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
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI27	Spezialsprechstunde
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI35	Endoskopie
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Tumorerkrankungen, Magen-Darmerkrankungen, Lebererkrankungen, Ernährungsmedizin, Infektiologie mit Infektionsstation, 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.

Der Schwerpunkt besteht in der Diagnostik und Therapie im Bereich der gastroenterologischen Onkologie sowohl im stationären Bereich als auch in der onkologischen Ambulanz. Durch die enge Verzahnung mit der Sektion Onkologie und Hämatologie 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.

Eine optimale Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen der Verdauungsorgane bietet die Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin 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/ZIV\\_Zentrum\\_fuer\\_interdisziplinaere\\_Viszeralmedizin\\_Startseite.htm?ActiveID=8081](https://www.kliniken-koeln.de/ZIV_Zentrum_fuer_interdisziplinaere_Viszeralmedizin_Startseite.htm?ActiveID=8081).

Der Aufbau des standortübergreifenden, viszeralmedizinischen Zentrums zusammen mit der Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie ist 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:**

Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Visceralmedizin

- 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).

#### **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 Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin**

Vollstationäre Fallzahl: 1.881

Teilstationäre Fallzahl: 0

#### **B-8.6 Diagnosen nach ICD**

##### **B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	122
2	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	118
3	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	93
4	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	86
5	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Anus	84
6	K80	Gallensteinleiden	79

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	68
8	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	60
9	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	58
10	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	56
11	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	55
12	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	48
13	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	42
14	K25	Magengeschwür	38
15 - 1	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	37
15 - 2	C16	Magenkrebs	37
17	K74	Vermehrte Bildung von Bindegewebe in der Leber (Leberfibrose) bzw. Schrumpfleber (Leberzirrhose)	33
18	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	32
19	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	30
20	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	29
21	K26	Zwölffingerdarmgeschwür	28
22	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	27
23	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	26
24	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	24
25	K50	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms - Morbus Crohn	23
26 - 1	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	19
26 - 2	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	19
26 - 3	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	19
26 - 4	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	19
30 - 1	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	17
30 - 2	D64	Sonstige Blutarmut	17

### B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
D64	Sonstige Blutarmut	17
R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	16
C15	Speiseröhrenkrebs	16
K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms - Colitis ulcerosa	15
K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	15
R13	Schluckstörungen	14

Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin

ICD	Bezeichnung	Anzahl
A08	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger	13
J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	13
T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	12
R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	11
C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	10
K62	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters	10
K81	Gallenblasenentzündung	8
D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	8
K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	8
D62	Akute Blutarmut aufgrund einer Blutung	6
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	6
C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	6
A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	6
K76	Sonstige Krankheit der Leber	6
E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	6
R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	5
A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	5
F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	5
T18	Fremdkörper im Verdauungstrakt	4
K63	Sonstige Krankheit des Darms	4

## **B-8.7 Prozeduren nach OPS**

### **B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1.754
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	923
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	755
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	540
5	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	424
6	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	396
7	5-469	Sonstige Operation am Darm	282

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	1-655	Spezialfärbung der Dünn- und Dickdarmschleimhaut und der Schleimhaut des Anus während einer Spiegelung	265
9	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	254
10	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	192
11	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	143
12	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	138
13	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	129
14	1-313	Druckmessung der Speiseröhre - Ösophagusmanometrie	105
15	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	95
16	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsen-gänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	88
17	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	83
18	5-449	Sonstige Operation am Magen	76
19	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungen-schlagader und im rechten Vorhof des Herzens	75
20	1-63a	Untersuchung des Dünndarms durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera	68
21	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	67
22	1-635	Untersuchung des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	64
23	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	60
24	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	57
25	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Gewebe zur Ableitung von Flüssigkeit	51
26	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	49
27	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	48
28	1-447	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Bauchspeicheldrüse mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle	41
29	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	40
30	5-451	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dünndarms	36

**B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-432	Operation am Magenausgang	35
1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	35
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	32
1-316	Säuremessung in der Speiseröhre	32
1-613	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	29
1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	29
5-433	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens	29
5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	29
8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	28
5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	24
1-643	Untersuchung der Gallengänge durch eine direkte Spiegelung - POCS	23
8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	22
5-489	Sonstige Operation am Mastdarm (Rektum)	20
8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	17
8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	17
6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	17
1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	17
8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	16
5-529	Sonstige Operation an der Bauchspeicheldrüse bzw. dem Bauchspeicheldrüsengang	16
5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	15
1-760	Untersuchung zum Nachweis einer Stoffwechselstörung, bei der bestimmte Substanzen (z.B. Zucker) verabreicht werden	15
6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	14
8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	14
6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	13
8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	13

Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-422	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Speiseröhre	13
1-845	Untersuchung der Leber durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	12
1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	12
8-123	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungssonde	12
8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	11

## B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### 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
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI38	Palliativmedizin

### Chefartzambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

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
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

Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin

In der gemeinsamen onkologischen Tagesklinik unserer Klinik und der Sektion Onkologie 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 (Höchstmögliche Sicherheit für Patienten mit erhöhtem, endoskopischen Risiko)

### **B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	360
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	212
3	1-655	Spezialfärbung der Dün- und Dickdarmschleimhaut und der Schleimhaut des Afters während einer Spiegelung	149
4	5-469	Sonstige Operation am Darm	111
5	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	62
6	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	30
7	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	22
8	8-123	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungssonde	14
9	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	13
10	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	7

### **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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>18,49</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,49
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	15,21
– davon ambulante Versorgungsformen	3,28
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>7,57</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,57
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,23
– davon ambulante Versorgungsformen	1,34

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF52	Ernährungsmedizin
ZF28	Notfallmedizin

### B-8.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>42,55</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	40,97	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,58	
– davon stationäre Versorgung	35,01	
– davon ambulante Versorgungsformen	7,54	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>5,4</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,44	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,96	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>1,32</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,32	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,09	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,23	
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	<b>0,19</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,19	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,16	

Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	1,14	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,94	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,2	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	6,63	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,63	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,46	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,17	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0,14	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,12	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	6,53	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,53	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,37	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,16	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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 Fachexpertise der Abteilung - 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.

Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin Standort Holweide; Zentrum für interdisziplinäre Viszeralmedizin

## **B-9 Urologische Klinik**

### **B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Urologische Klinik**

Name: Urologische Klinik  
Art: Hauptabteilung

#### **Chefärztinnen und Chefarzte**

Name: Herr Priv. Doz. Dr. med. Joachim Leißner  
Funktion / Chefarzt der Urologischen Klinik  
Arbeits-  
schwer-  
punkt:  
Telefon: 0221 / 8907 - 2701  
Telefax: 0221 / 8907 - 2706  
E-Mail: [LeissnerJ@kliniken-koeln.de](mailto:LeissnerJ@kliniken-koeln.de)  
Straße: Neufelder Straße 32  
PLZ / Ort: 51067 Köln

### **B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 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, Sacroplexie)
- 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](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-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  
Urologische Klinik**

Vollstationäre Fallzahl: 2.591

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ein weiterer urologischer Arbeitsplatz wird am Standort Merheim vorgehalten.

## B-9.6 Diagnosen nach ICD

### B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	494
2	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	409
3	C67	Harnblasenkrebs	334
4	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	213
5 – 1	N30	Entzündung der Harnblase	100
5 – 2	C61	Prostatakrebs	100
7	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	60
8	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	50
9	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	48
10	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	47
11	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	45
12	N35	Verengung der Harnröhre	43
13	N47	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut	40
14	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	35
15	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	30
16 – 1	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	29
16 – 2	N49	Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	29
18	N43	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen	28
19	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	25
20 – 1	N44	Drehung der Hoden mit Unterbrechung der Blutversorgung	24
20 – 2	N12	Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen, die nicht als akut oder anhaltend (chronisch) bezeichnet ist	24

### B-9.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	49
C62	Hodenkrebs	9
C66	Harnleiterkrebs	7
C60	Peniskrebs	5
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	4
C65	Nierenbeckenkrebs	4
N39.4	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	4

ICD	Bezeichnung	Anzahl
D09	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Lokalisationen	< 4
C68	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane	< 4

## B-9.7 Prozeduren nach OPS

### B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	1.152
2	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	789
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	629
4	5-98k	Art des Zystoskops	570
5	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	513
6	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	400
7	5-550	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	280
8	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	254
9	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	238
10	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	225
11	1-999	Zusatzinformationen zu Untersuchungen	147
12	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	120
13	5-983	Erneute Operation	115
14	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	105
15	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	101
16	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	93
17 - 1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	91
17 - 2	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	91
17 - 3	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	91
20	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	81

### B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-570.4	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	66

OPS	Bezeichnung	Anzahl
1-464.0	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	60
5-585.1	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	58
5-585.0	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	47
5-570.0	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	29
5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	28
5-576	Operative Entfernung der Harnblase - Zystektomie	27
5-610	Operativer Einschnitt in den Hodensack bzw. die Hodenhülle	26
5-622.5	Operative Entfernung eines Hodens	21
1-460.2	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	19
5-985.7	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	19
5-603.10	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata über einen Bauchschnitt	19
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
5-552	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Niere	17
5-553	Operative Teilentfernung der Niere	16
1-460.1	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	12
5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	12
5-985.x	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	10
5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	10
5-687	Operative Entfernung sämtlicher Organe des weiblichen kleinen Beckens	10
5-563	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Harnleiters bzw. des gesamten Harnleiters	9
5-577	Operativer Ersatz der Harnblase	9
5-575	Operative Teilentfernung der Harnblase	8
5-568	Wiederherstellende Operation am Harnleiter	8
5-557	Wiederherstellende Operation an der Niere	8
5-072	Operative Entfernung der Nebenniere - Adrenalektomie	5
5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	4
5-584.72	Wiederherstellende Operation an der Harnröhre	4
5-590	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von hinter dem Bauchraum liegendem Gewebe (Retroperitoneum)	< 4
5-550.20	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	< 4

## B-9.8 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
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-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	182
2	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	92
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	70
4	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	21
5	5-98k	Art des Zystoskops	18
6	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	16
7	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	15
8	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	12
9	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	11
10 – 1	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	8
10 – 2	9-984	Pflegebedürftigkeit	8

### 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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	12,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,73
– davon ambulante Versorgungsformen	2,52
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,92
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,92
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,11
– davon ambulante Versorgungsformen	0,81

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ60	Urologie
	mit WB-Ermächtigung

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF63	Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen

### B-9.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	31,18	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,66	
– davon stationäre Versorgung	24,77	
– davon ambulante Versorgungsformen	6,41	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	5,69	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,69	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,17	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,39	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,39	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,29	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0,2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	1,2	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,95	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,25	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	6,99	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,99	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,55	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,44	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0,15	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,12	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,03	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,59	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,41	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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 Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen**

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

**B-9.11.3    Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in  
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

**Ausfüllhinweis des G-BA** beachten

## **B-10 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie**

### **B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie**

Name: Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie

#### **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](mailto:HallerU@kliniken-koeln.de)

Straße: Neufelder Straße 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

### **B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie**

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
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
VR27	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR32	Strahlentherapie: Hochvoltstrahlentherapie In Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim
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](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](http://www.kliniken-koeln.de/Radiologie_Startseite.htm?ActiveID=3540)

#### **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 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie**

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**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	1.597
2	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	1.144
3	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	931
4	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	926

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	735
6	3-100	Röntgendarstellung der Brustdrüse	519
7	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	383
8	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	302
9	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	300
10	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	299
11	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	265
12	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	252
13	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	198
14	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	165
15	3-827	Kernspintomographie (MRT) der Brustdrüse mit Kontrastmittel	142
16	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	139
17	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	115
18	3-05g	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	110
19	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	104
20	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	98

## B-10.8 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
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-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

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

### **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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	1,59
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,59
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,26
– davon ambulante Versorgungsformen	0,33
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,59
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,59
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,26
– davon ambulante Versorgungsformen	0,33
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF63	Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen
ZF65	Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner
	In Kooperation mit Merheim

**ZF63 Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen (in Holweide Dr. Üner))**

**ZF64 Plastische und Ästhetische Operationen (in HNO vorhanden)**

**ZF65 Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner (in Merheim)**

### B-10.11.2 Pflegepersonal

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	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	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,59	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,41	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

## **B-11 Institut für Transfusionsmedizin**

### **B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Transfusionsmedizin**

Name: Institut für Transfusionsmedizin

#### **Chefärztinnen und Chefarzte**

Name: Frau Dr. B. Schlößer

Funktion / Arbeits-schwer-punkt: Kommissarische Leitung des Instituts für Transfusionsmedizin

Telefon: 0221 / 8907 - 13722

Telefax: 0221 / 8907 - 8464

E-Mail: [SchloesserB@kliniken-koeln.de](mailto:SchloesserB@kliniken-koeln.de)

Straße: Ostmerheimer Straße 200

PLZ / Ort: 51109 Köln

### **B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 Transfusionsmedizin**

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

Das Institut für Transfusionsmedizin 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. Ein Qualitätsmanagement ist implementiert.

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

## **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
- Thrombozyten Autoantikörper Test (Uniklinik Greifswald)
- Thrombozytenzählung
- v. Willebrandtfaktor – Antigen
- v. Willebrandtfaktor – Aktivität

**Folgende immunhämatologische Untersuchungen können durchgeführt werden:**

- 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
- Bestimmung spezieller Blutgruppenantigene
- Blutgruppe und Rh-Formel
- Direkter Coombstest monospezifisch
- Direkter Coombstest polyspezifisch
- Kälteagglutinine
- Serologische Verträglichkeitsprobe
- Transfusionszwischenfall

**Transplantationsimmunologie / Gewebetypisierungslabor (HLA-Labor):**

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

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

#### **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 Transfusionsmedizin**

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**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### **B-11.8 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-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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	1,27
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,27
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0,17
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	0,46
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,4
– davon ambulante Versorgungsformen	0,06
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ47	Klinische Pharmakologie
AQ59	Transfusionsmedizin
	WB-Ermächtigung

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF52	Ernährungsmedizin
ZF11	Hämostaseologie
ZF31	Phlebologie

### B-11.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0,17	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,15	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,04	3 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	0,01	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,01	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,9	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,78	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,12	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

## **B-12      Institut für Hygiene**

### **B-12.1      Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Hygiene**

Name:            Institut für Hygiene

#### **Chefärztinnen und Chefarzte**

Name:            Frau Prof. Dr. Frauke Mattner  
 Funktion /      Chefärztin des Instituts für Hygiene

Arbeits-  
 schwer-  
 punkt:

Telefon:        0221 / 8907 - 8313

Telefax:        0221 / 8907 - 8314

E-Mail:         [MattnerF@kliniken-koeln.de](mailto:MattnerF@kliniken-koeln.de)

Straße:         Ostmerheimer Straße 200

PLZ / Ort:      51109 Köln

### **B-12.2      Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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 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: [https://www.kliniken-koeln.de/Institut\\_fuer\\_Hygiene\\_Startseite.htm?ActiveID=1633](https://www.kliniken-koeln.de/Institut_fuer_Hygiene_Startseite.htm?ActiveID=1633)

### **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 Hygiene**

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	83

### 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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	1,47
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,47
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,27
– davon ambulante Versorgungsformen	0,2
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	0,73
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,63
– davon ambulante Versorgungsformen	0,1
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

### 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
	WB-Ermächtigung

### B-12.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	2,43	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,43	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,33	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

## **B-13 Institut für Pathologie**

### **B-13.1 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](mailto:BrockmannM@kliniken-koeln.de)

Straße: Ostmerheimer Straße 200

PLZ / Ort: 51109 Köln

### **B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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-13.3 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](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-13.4 [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-13.5 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-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-13.11 Personelle Ausstattung**
**B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	1,59
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,59
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,37
– davon ambulante Versorgungsformen	0,22
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	0,78
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,67
– davon ambulante Versorgungsformen	0,11
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ46	Pathologie
	WB-Ermächtigung

**B-13.11.2 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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Anz. SO <sup>1</sup>
Gynäkologische Operationen	214	100,00%	214
Geburtshilfe	1.434	100,00%	1.425
Mammachirurgie	872	100,00%	872
Cholezystektomie	170	100,00%	170
Dekubitusprophylaxe	143	100,00%	143
Neonatologie	296	100,00%	292
Ambulant erworbene Pneumonie	440	100,00%	443

<sup>1</sup> Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimal-datensätze).

#### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Entfernung der Gallenblase: Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	1,01 0,97 - 1,05	≤ 2,63 (95. Perzentil)	0,71 ○ 0,2 - 2,54	R10 ○ entf.
Entfernung der Gallenblase: Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	0,99 0,95 - 1,03	≤ 3,00 (95. Perzentil)	0,49 ○ 0,09 - 2,69	R10 ○ entf.
Entfernung der Gallenblase: Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	0,99 0,93 - 1,04	≤ 3,34 (95. Perzentil)	1,47 ○ 0,41 - 5,25	R10 ○ entf.
Entfernung der Gallenblase: Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	1 0,97 - 1,03	≤ 2,22 (95. Perzentil)	1,76 ○ 0,9 - 3,36	R10 ○ 8 / 170 (4,56)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
<b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:</b> Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS ja / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 175)	0,91 0,79 - 1,04	≤ 5,45 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:</b> Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 175)	0,98 0,94 - 1,02	≤ 2,51 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<b>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:</b> Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	0,97 0,94 - 1	≤ 2,49 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<b>Geburtshilfe:</b> 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				
Transparenzkennzahl / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 176)	95,27 % 94,72 - 95,76	-	98,04 % 89,7 - 99,65	- 50 /51 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 176)	0,25 % 0,16 - 0,37	Sentinel Event	entf. ☹ entf.	U62 ○ entf.
<b>Geburtshilfe:</b> Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 176)	96,98 % 96,73 - 97,21	≥ 90,00 %	98,68 % ☹ 95,33 - 99,64	R10 ○ 150 /152 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	100 % 99,86 - 100	-	100 % 70,09 - 100	- 9 /9 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
<b>Geburtshilfe:</b> Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	92,58 % 92,18 - 92,96	-	94,87 % 83,11 - 98,58	- 37 / 39 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	86,63 % 85,96 - 87,27	-	84,62 % 70,27 - 92,75	- 33 / 39 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	46,22 % 45,69 - 46,75	-	51,4 % 44,74 - 58,01	- 110 / 214 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	72,64 % 72,36 - 72,93	-	78,57 % 72,53 - 83,58	- 165 / 210 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	4,14 % 4,05 - 4,24	-	2,83 % 1,38 - 5,73	- 7 / 247 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	19,75 % 19,57 - 19,94	-	27,95 % 22,79 - 33,77	- 71 / 254 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	1,05 1,04 - 1,05	≤ 1,28 (90. Perzentil)	1,16 ○ 1,1 - 1,23	R10 ○ 610 / 1.408 (523,81)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
<b>Geburtshilfe:</b> Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	2,71 % 2,6 - 2,83	≤ 4,77 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<b>Geburtshilfe:</b> Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	8,79 % 8,67 - 8,92	≤ 12,02 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<b>Geburtshilfe:</b> Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	0,14 % 0,12 - 0,17	Sentinel Event	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<b>Geburtshilfe:</b> Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	75,59 % 75,02 - 76,14	-	73,96 % 64,38 - 81,69	- 71 /96 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 7</a> (S. 178)	0,93 0,88 - 0,98	-	1,07 0,36 - 3,12	- entf.
<b>Geburtshilfe:</b> Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 8</a> (S. 179)	1,14 1,08 - 1,19	-	1,27 0,43 - 3,72	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
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 / <a href="#">Hinweis 7</a> (S. 178)	1,31 1,14 - 1,49	-	2 0,35 - 11,29	- 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 / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 180)	1,03 1 - 1,06	≤ 2,32	1,24 ○ 0,68 - 2,28	R10 ○ 10 /1.150 (8,04)
Geburtshilfe: Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 7</a> (S. 178)	1,01 0,96 - 1,07	-	1,27 0,43 - 3,71	- entf.
Geburtshilfe: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	33,83 % 33,5 - 34,16	-	34,62 % 27,6 - 42,37	- 54 /156 (entf.)
Geburtshilfe: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt 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 / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	8,08 % 7,85 - 8,32	-	6,72 % 3,45 - 12,71	- 8 /119 (entf.)
Geburtshilfe: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	100 % 99,98 - 100	-	100 % 93,47 - 100	- 55 /55 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
<b>Geburtshilfe:</b> Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt 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 / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	100 % 99,95 - 100	-	100 % 86,2 - 100	- 24 /24 (entf.)
<b>Geburtshilfe:</b> Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 10</a> (S. 181)	0,78 0,71 - 0,85	-	1,03 0,18 - 5,81	- entf.
<b>Geburtshilfe:</b> Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 181)	0,77 0,66 - 0,9	-	0 0 - 8,93	- 0 /102 (0,41)
<b>Geburtshilfe:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 181)	0,78 0,7 - 0,88	-	1,8 0,32 - 10,14	- entf.
<b>Geburtshilfe:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	1,03 0,91 - 1,15	≤ 4,46 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 2,12	R10 ○ 0 /230 (1,79)
<b>Geburtshilfe:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 182)	1,04 0,99 - 1,1	-	1,09 0,37 - 3,19	- entf.
<b>Geburtshilfe:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 13</a> (S. 183)	0,25 % 0,23 - 0,26	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
<b>Geburtshilfe:</b> Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung ja / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 176)	98,95 % 98,91 - 98,99	≥ 90,00 %	99,52 % ↻ 98,59 - 99,84	R10 ○ 617 / 620 (entf.)
<b>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):</b> 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 / <a href="#">Hinweis 14</a> (S. 183)	0,91 % 0,82 - 1,01	Sentinel Event	0 % ↻ 0 - 7,41	R10 ○ 0 / 48 (entf.)
<b>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):</b> 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 / <a href="#">Hinweis 14</a> (S. 183)	88,51 % 88,16 - 88,84	≥ 74,30 % (5. Perzentil)	88,37 % ↻ 75,52 - 94,93	R10 ○ 38 / 43 (entf.)
<b>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):</b> 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 / <a href="#">Hinweis 14</a> (S. 183)	19,49 % 18,72 - 20,29	≤ 40,38 % (95. Perzentil)	41,67 % ↻ 19,33 - 68,05	A71 ○ 5 / 12 (entf.)
<b>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):</b> 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 / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 183)	11,95 % 10,68 - 13,35	-	entf. entf.	- entf.
<b>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):</b> 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 / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 183)	11,95 % 10,86 - 13,13	-	0 % 0 - 39,03	- 0 / 6 (entf.)
<b>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):</b> Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 184)	7,19 % 6,79 - 7,61	≤ 20,00 %	entf. ↻ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
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 / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 184)	1,06 % 0,95 - 1,17	≤ 5,00 %	0 % ☞ 0 - 5,35	R10 ○ 0 /68 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 14</a> (S. 183)	3,18 % 3,07 - 3,29	≤ 7,25 % (90. Perzentil)	entf. ☞ entf.	R10 ○ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 184)	1,05 0,99 - 1,11	≤ 4,18	0 ○ 0 - 2,67	R10 ○ 0 /169 (1,41)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 186)	15,88 % 15,76 - 16	-	14,22 % 11,28 - 17,78	- 63 /443 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	15,03 % 14,9 - 15,17	-	14,94 % 11,58 - 19,07	- 52 /348 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 186)	98,94 % 98,91 - 98,98	≥ 95,00 %	99,77 % ○ 98,73 - 99,96	R10 ○ 442 /443 (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 aus einem anderen Kranken- haus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 186)	98,07 % 97,84 - 98,27	-	100 % 72,25 - 100	- 10 /10 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
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 aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	97,99 % 97,73 - 98,22	-	100 % 70,09 - 100	- 9 / 9 (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 anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 186)	98,99 % 98,95 - 99,02	-	99,77 % 98,7 - 99,96	- 432 / 433 (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 anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	98,96 % 98,92 - 99	-	99,71 % 98,35 - 99,95	- 338 / 339 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	98,92 % 98,88 - 98,96	-	99,71 % 98,39 - 99,95	- 347 / 348 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 186)	96,49 % 96,43 - 96,55	≥ 95,00 %	100 % ○ 99,14 - 100	R10 ○ 442 / 442 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	96,41 % 96,34 - 96,48	-	100 % 98,91 - 100	- 347 / 347 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 181)	0,85 0,82 - 0,87	-	0,68 0,3 - 1,51	- 5 /76 (7,31)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	0,9 0,89 - 0,91	≤ 1,69 (95. Perzentil)	0,89 ○ 0,61 - 1,29	R10 ○ 25 /357 (28,05)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 181)	0,91 0,9 - 0,93	-	0,96 0,63 - 1,45	- 20 /281 (20,74)
Operation an der Brust: Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	97,43 % 97,24 - 97,6	≥ 90,00 %	100 % ☺ 97,17 - 100	R10 ○ 132 /132 (entf.)
Operation an der Brust: Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 176)	0,01 % 0 - 0,08	Sentinel Event	0 % ☺ 0 - 7,13	R10 ○ 0 /50 (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 / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	2,8 % 2,4 - 3,26	≤ 5,00 %	entf. ☺ entf.	R10 ○ 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 / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	99,53 % 99,47 - 99,58	≥ 97,92 % (5. Perzentil)	99,79 % ☺ 98,81 - 99,96	R10 ○ 473 /474 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
<b>Operation an der Brust:</b> Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	98,49 % 98,4 - 98,58	≥ 97,00 %	98,47 % ⇄ 97,13 - 99,2	R10 ○ 581 /590 (entf.)
<b>Operation an der Brust:</b> Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalk-einlagerungen, sog. Mikrokalk)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	87,4 % 86,97 - 87,81	≥ 63,30 % (5. Perzentil)	89,36 % ⇄ 84,14 - 93,01	R10 ○ 168 /188 (entf.)
<b>Operation an der Brust:</b> Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalk-einlagerungen, sog. Mikrokalk)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	95,18 % 94,65 - 95,65	≥ 84,93 % (5. Perzentil)	94,38 % ⇄ 87,51 - 97,58	R10 ○ 84 /89 (entf.)
<b>Operation an der Brust:</b> Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, 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 / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 176)	99,48 % 99,36 - 99,57	≥ 95,00 %	100 % ⇄ 96,74 - 100	R10 ○ 114 /114 (entf.)
<b>Operation an der Brust:</b> Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, 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 / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 176)	98,95 % 98,83 - 99,05	≥ 95,00 %	99,06 % ⇄ 96,64 - 99,74	R10 ○ 211 /213 (entf.)
<b>Operation an der Brust:</b> Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 186)	1,86 % 1,75 - 1,98	≤ 4,76 % (90. Perzentil)	1,75 % ○ 0,68 - 4,4	R10 ○ 4 /229 (entf.)
<b>Versorgung von Früh- und Neugeborenen:</b> Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	0,9 0,84 - 0,97	≤ 2,52 (95. Perzentil)	1,27 ○ 0,62 - 2,55	R10 ○ 7 /205 (5,53)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Ein Hörtest wurde durchgeführt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	98 % 97,9 - 98,09	≥ 95,00 %	100 % ➔ 96,68 - 100	R10 ○ 112 / 112 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	0,17 % 0,13 - 0,23	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwer- wiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	0,81 0,76 - 0,86	≤ 1,65 (95. Perzentil)	1,22 ○ 0,63 - 2,23	R10 ○ 8 / 70 (6,58)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS ja / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	1,01 0,95 - 1,08	≤ 2,40 (95. Perzentil)	0,58 ○ 0,22 - 1,45	R10 ○ 4 / 230 (6,94)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	0,88 % 0,79 - 0,99	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Kinder, bei denen der Kopf bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus nicht ausreichend gewachsen ist				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 186)	9,86 % 9,34 - 10,42	≤ 22,36 % (95. Perzentil)	21,21 % ○ 10,68 - 37,75	R10 ○ 7 / 33 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körper- temperatur 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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	1,12 1,08 - 1,16	≤ 2,45 (95. Perzentil)	1 ○ 0,51 - 1,92	R10 ○ 8 / 202 (8)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschafts- dauer von mindestens 32+0 Wochen)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	0,22 % 0,19 - 0,25	Sentinel Event	entf. ➔ entf.	U62 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	1,29 % 1,18 - 1,42	-	2,44 % 1,05 - 5,58	- 5 / 205 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 181)	0,9 0,77 - 1,04	-	1,71 0,59 - 4,73	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 20</a> (S. 186)	0,93 0,82 - 1,06	-	1,32 0,45 - 3,65	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 187)	2,68 % 2,35 - 3,05	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	0,81 % 0,64 - 1,01	-	0 % 0 - 5,42	- 0 / 67 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 187)	0,48 0,42 - 0,55	-	0 0 - 96,09	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 181)	0,48 0,41 - 0,55	-	0 0 - 125,71	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 188)	3,31 % 2,89 - 3,78	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 187)	1,03 0,9 - 1,18	-	0 0 - 2,93	- 0 / 9 (0,92)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 181)	1,18 1 - 1,4	-	0 0 - 4,23	- 0 / 9 (0,64)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 187)	4,64 % 4,05 - 5,31	-	0 % 0 - 29,91	- 0 / 9 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 181)	1,18 1 - 1,4	-	2,31 0,64 - 7,9	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 10</a> (S. 181)	1,06 0,92 - 1,23	-	1,44 0,4 - 4,96	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 187)	1,84 % 1,59 - 2,14	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	1,14 % 0,94 - 1,38	-	0 % 0 - 5,2	- 0 / 70 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	0,93 0,84 - 1,03	≤ 2,62 (95. Perzentil)	1,36 ○ 0,53 - 3,27	R10 ○ 4 / 68 (2,95)
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 / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 187)	0,88 0,78 - 0,99	-	0,9 0,31 - 2,49	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
<b>Versorgung von Früh- und Neugeborenen:</b> 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)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 181)	0,88 0,78 - 0,99	-	0,9 0,31 - 2,5	- entf.
<b>Versorgung von Früh- und Neugeborenen:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 187)	3,13 % 2,78 - 3,52	-	entf. entf.	- entf.
<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:</b> 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 und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 177)	0 % 0 - 0,01	Sentinel Event	0 % ➔ 0 - 0,03	R10 ○ 0 /13.311 (entf.)
<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 24</a> (S. 189)	0,01 % 0,01 - 0,01	-	0 % 0 - 0,03	- 0 /13.311 (entf.)
<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:</b> 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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 174)	1,05 1,04 - 1,06	≤ 2,27 (95. Perzentil)	0,21 ○ 0,11 - 0,39	R10 ○ 10 /13.311 (47,50)
<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:</b> Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist – Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	0,37 % 0,37 - 0,37	-	0,06 % 0,03 - 0,12	- 8 /13.311 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
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 geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)				
Transparenzkennzahl / DeQS	0,06 %	-	entf.	-
nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 177)	0,06 - 0,06		entf.	entf.

<sup>1</sup> Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

<sup>2</sup> Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

<sup>3</sup> Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

<sup>4</sup> Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.

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

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

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

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich;

U62 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: DeQS: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle;

A71 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig: DeQS: Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel.

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

<sup>6</sup> 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	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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .

	<p>Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen</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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Hinweis 2	<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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>

	<p>Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen</p>
	<p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p> <p>Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Hinweis 3	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</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 dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
	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 dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> .
Hinweis 5	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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a> .
Hinweis 6	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 7	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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 dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine Kennzahl, die zur Berechnung des planungsrelevanten QI ID 51803 genutzt wird. 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 9	<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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</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 dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 10	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</p>

	<p>Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
<p>Hinweis 12</p>	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 13	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</p>
Hinweis 14	<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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</p> <p>Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 16	<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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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 dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p> <p>Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Hinweis 17	<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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</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 dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p> <p>Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 18	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Hinweis 19	<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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Hinweis 20	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Hinweis 21	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
Hinweis 22	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
Hinweis 23	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 24	<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 sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/</a>.</p> <p>Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.</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**

Aktuelle Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter diesem Link:	
Leistungsbereich	Weitere Verfahren der vergleichenden externen Qualitätssicherung sind Zertifizierungen und Befragungen.
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aktuelle Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter diesem Link:
Ergebnis	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/Qualitaet_und_Sicherheit.htm?ActiveID=2932">https://www.kliniken-koeln.de/Qualitaet_und_Sicherheit.htm?ActiveID=2932</a>

## **C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

### **C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr**

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht < 1250g	
Mindestmenge	20
Erbrachte Menge	51

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Mindestmenge	-
Erbrachte Menge	854

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

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmege­wicht < 1250g	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	ja
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt	ja
Erbrachte Menge 2023	51
In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	38

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	ja
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt	ja
Erbrachte Menge 2023	854
In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	893

### 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](http://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 <sup>1</sup>
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht <sup>2</sup> unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	109
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	87
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	85

<sup>1</sup> Angabe in Personen

<sup>2</sup> 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](http://www.g-ba.de))

## **C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr**

### **C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>	Ausnahmetatbestände
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Station A2	Tag	100 %	0
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Station A2	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	Station A5	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station A5	Nacht	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	Station A8/B8	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	Station A8/B8	Nacht	91,67 %	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station B1/B4	Tag	66,67 %	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station B1/B4	Nacht	75 %	0
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Urologie	Station B2	Tag	100 %	0
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie	Station B2	Nacht	100 %	0
Urologie	Station B7	Tag	100 %	0
Urologie	Station B7	Nacht	100 %	0
Neonatologische Pädiatrie	Station D1	Tag	100 %	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>	Ausnahmetatbestände
Neonatologische Pädiatrie	Station D1	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	Station I0	Tag	100 %	0
Intensivmedizin	Station I0	Nacht	100 %	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station U2	Tag	100 %	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station U2	Nacht	100 %	0

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup>
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Station A2	Tag	95,89 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Station A2	Nacht	62,19 %
Innere Medizin	Station A5	Tag	99,45 %
Innere Medizin	Station A5	Nacht	70,41 %
Allgemeine Chirurgie	Station A8/B8	Tag	90,14 %
Allgemeine Chirurgie	Station A8/B8	Nacht	80,82 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station B1/B4	Tag	45,21 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station B1/B4	Nacht	72,88 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Urologie	Station B2	Tag	92,44 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie	Station B2	Nacht	74,4 %
Urologie	Station B7	Tag	93,15 %
Urologie	Station B7	Nacht	85,48 %
Neonatologische Pädiatrie	Station D1	Tag	100 %
Neonatologische Pädiatrie	Station D1	Nacht	99,45 %
Intensivmedizin	Station I0	Tag	86,3 %
Intensivmedizin	Station I0	Nacht	87,4 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station U2	Tag	100 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station U2	Nacht	99,45 %

<sup>1</sup> 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)

### C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der

stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **C-10            Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien**

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.

## 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 fachspezifischen Qualitätsziele sind unter D-2 zusammengefasst.

Die Ziele sind auf unser Leitbild und die strategischen Ziele mit den Dimensionen 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 sie 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 **Unternehmenskultur** beantwortet die Frage, wie wir unsere strategischen Ziele erreichen 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*
- *initiiieren und gestalten Veränderungen zur Weiterentwicklung des Unternehmens.*

Ausgehend vom Leitbild und den strategischen Zielen 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**

### **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 Auditberichten 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):**

#### **Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie und Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Gastrointestinale Infektionen und Ernährungsmedizin an den Standorten Merheim und Holweide:**

- Weiterentwicklung des standortübergreifenden Zentrums für interdisziplinäre Viszeralmedizin mit entsprechenden Schwerpunkten
- Onkologische Operationen mit Schwerpunkt in Merheim
- Ausbau der Onkologischen Ambulanzen an den Standorten zur Versorgung und Nachsorge aller onkologischen Patienten des ZIV
- Etablierung neuer, endoskopischer Verfahren, z.B. POEM des Ösophagus
- Ausbau der Akademie für endoskopisch tätiges Assistenzpersonal und Ärzte (Endoakademie: Spyglass, LAMS, RX, enterale Sondensysteme)
- Etablierung weiterer klinischer Studien in der Gastroenterologie und Onkologie, Interdisziplinäres Studienzentrum
- Prospektive Erfassung aller eingriffsbezogenen Komplikationen und Auswertung, Durchführung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Aufbau eines telemedizinbasierten Netzwerks im Kölner Großraum für komplizierte chirurgische Behandlungsfälle zusammen mit der Radiologie
- Weiterentwicklung des Internet-Auftritts mit interaktiven Elementen, insbesondere auch Darstellung der standortübergreifenden Kliniken mit Ausbau von Schwerpunkten
- Expansion des Behandlungsschwerpunkts für peritoneale metastasierte Tumorerkrankungen
- Aufbau von Robotik-Chirurgie ab 2025
- Zentrales ZPM für alle Kliniken
- Ausbau des gemeinsamen interdisziplinären Zentrums für Viszeralmedizin zusammen mit der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie Holweide und Merheim – zunehmende Konzentration der Versorgung in Merheim gemäß des Gesundheitscampus Merheim der Kliniken und der Stadt Köln
- Verbesserung der Patienten- und Einweiserinformationen durch regelmäßige Fortbildungen für Zuweiser und Patienten analog der Behandlungsschwerpunkte in der Klinik
- Optimierung der Koordination zwischen Ärzten und Pflegenden zum Abbau der Wartezeiten im Rahmen der Sprechstunden
  - a. Verbesserung des Patientenservice in der Zentralen Notaufnahme beider Standorte
  - b. Aufbau einer standort-übergreifenden Ambulanz im Zentrum für Viszeralmedizin
- Neue Planung der Zertifizierung als Viszeral-/Onkologisches Zentrum an beiden Standorten (Merheim und Holweide)

### **Institut für Transfusionsmedizin:**

- Selbstversorgung der Patienten mit Blutkomponenten im Umfang von 98%

- Optimierung des Werbekonzepts zur Blutspender-Gewinnung
- Erfüllen des Akkreditierungsstandards nach DIN EN ISO 15189 der DAkkS für die medizinische Laboratoriumsdiagnostik des Instituts
- Erfüllung der AMG/GMP-Vorgaben als Arzneimittelhersteller
- Umzug in ansprechendere Räume für die Spender\*innen

#### **Zentralapotheke:**

- Abteilungsübergreifender Aufbau eines Gerinnungsdepots für Notfälle
- Teilhabe an der Implementierung der elektronischen Patientenakte (ePA)
- Verantwortliche Mitarbeit bei der Implementierung des Medikationstools der ePA in den Kliniken
- Aufbau einer Unit-Dose-Versorgung bei den Kliniken Köln

#### **Institut für Pathologie:**

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

#### **Zentrales Institut für Hygiene:**

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

## **Krankenhaus Holweide:**

### **Anästhesiologie:**

- Weitere Optimierung der perioperativen Prozesse
- Weitere Optimierung der Belegung der Intensivstation I0 auf Basis der Krankheitsschwere
- Jährliches Aktualisieren der Standards für die Anästhesiologie
- Weitere Optimierung der Prämedikationsambulanz sowie der präoperativen Evaluation
- Weitere Verbesserung der Facharzt-Weiterbildung
- Weitere Optimierung der Geräteausstattung
- Weitere Optimierung der digitalen Infrastruktur
- Teilnahme am Deutschen Reanimationsregister

### **Frauenklinik mit Perinatalzentrum:**

#### **Frauenklinik mit Geburtshilfe**

- 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
- Ausbau des Beckenboden-Zentrums
- Intensivierung der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Qualitätszirkel (z.B. Diabetes und Schwangerschaft) und im Rahmen der Tumorkonferenzen
- Etablierung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen für das onkologische Zentrum
- 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.
- Vorbereitung einer (Re-)Zertifizierung als Gynäkologisches Krebszentrum durch Etablierung einer/eines weiteren Arztes/Ärztin mit der Qualifikation Gynäkologische Onkologie

### **Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalzentrum:**

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

Pulsoxymetrie-Screening-Befundes (nach GBA-Richtlinie) bis zur Durchführung der kardiologischen Bestätigungsdiagnostik

- Strukturierung des psychologischen Betreuungskonzepts von Schwangeren mit drohender Frühgeburt sowie Eltern von Frühgeborenen und Kindern mit angeborenen Fehlbildungen
- Ausweitung des Simulationstrainings zur Erstversorgung Frühgeborener
- Veranstaltung eines jährlichen Symposiums in Zusammenarbeit mit der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit perinatalogischen Themen, die insbesondere auch für Pflegende von Bedeutung sind.

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

- Stabilisierung der intersektoralen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten
- Weiterführung des interdisziplinären Kopf-Hals-Tumorzentrums
- Stabilisierung und Ausbau des Ohr- Implantat Zentrums
- Erhalt des Lehr- und Forschungsauftrags der Universität Witten-Herdecke
- 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:**

- Ausbau und Rezertifizierung des Brustzentrums nach ÄK-Zert und DKG/OnkoZert
- Unterstützung der Zertifizierung des Gynäkologischen Krebszentrums nach DKG/OnkoZert
- Teilnahme an den Tumorkonferenzen und Mitarbeit im Rheinischen Tumorzentrum
- Mitarbeit bedarfsgerechter Indikationsstellungen für Röntgenuntersuchungen

#### **Urologische Klinik:**

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

#### **Brustzentrum:**

- Fallzahlen halten, Richtwert 600 Primärfälle Mammakarzinom  
Maßnahmen: volle Auslastung der Sprechstundenkapazität; OP-Kapazität - auf Niveau von vor der Pandemie erhöhen

- Onkologische Versorgung der Patient\*innen - angestrebt wird weiterhin die Versorgung von 30% der onkologischen Patient\*innen  
Maßnahmen: Fortsetzen der Aktivitäten von Frau M. Vincent, ggfs. Ausbau der Aktivitäten durch Integration weiterer ärztlicher Kollegen aus dem senologischen Team
- Studienaktivitäten auf mindestens 10% der Primärfälle halten
- Patientenbefragung: Erreichen eines Rankingplatzes mindestens im 2. Quintil
- Durchführen von 4 Qualitätszirkeln in 2024  
Maßnahmen: frühzeitiges Festlegen eines Jahresterminplans für 2024
- M&M Konferenzen ausbauen (Zielwert: 2% in Relation zur Primärfallzahl)  
Maßnahmen: frühzeitiges Festlegen eines Jahresterminplans für 2022
- Alle Fachärzt\*innen aus dem BZ haben mindestens Degum I, Degum II wird angestrebt  
Maßnahmen: Alle Fachärzt\*innen haben eigene Sprechstunden, in denen sie ihre Patient\*innen schallen. Über die FB-Matrix werden Fristen zur Einhaltung der Zertifikate nachgehalten.
- 5 Risikoaudits in 2024  
Maßnahmen: Die Auditmatrix wird zu Jahresbeginn mit Terminen und Themen erarbeitet.

#### **Sektion Notfallmedizin:**

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

### **D-3 Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements**

Das Qualitäts- und klinische Risikomanagement ist eine der Geschäftsleitung direkt unterstellte Abteilung mit einem Leiter und fünf Mitarbeiter\*innen (insgesamt 4,75 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, weiterer Zertifizierungsverfahren (u.a. für unsere medizinischen Zentren), der externen Risikoaudits, der internen Audits, die Analyse von CIRS-Meldungen, Qualitätsindikatoren und der durchgeführten Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen, die Anregungen von Kollegen\*innen, die Rückmeldungen der PatientenInnen und deren Angehörigen sowie unserer Einweiser\*innen 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.

Das Qualitätsmanagement kontrolliert anhand von Aktionsplänen 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. Hierzu gehört auch der QM-Jahresbericht mit einer Bewertung sämtlicher Aktivitäten und einem Ausblick auf das Folgejahr. Zweimal im Jahr findet das „QM-Netzwerktreffen“ mit Ansprechpartner\*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 wird auch genutzt, um die Instrumente und Tätigkeiten des Qualitätsmanagements kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.

Informationen zur Abteilung finden Sie auch im Internet unter: [https://www.kliniken-koeln.de/ueber\\_uns\\_Qualitaetsmanagement\\_Startseite.htm?ActiveID=1650](https://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 § 136ff 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
- Analyse von besonderen Vorkommnissen nach dem London-Protokoll entsprechend der APS-Empfehlungen

### **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
- Berufsgruppenübergreifende Risikokoordinationsteams zur strukturierten Bearbeitung der Ergebnisse aus den externen Risikoaudits
- 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 CIRS-Falls des Halbjahrs und der aus den CIRS-Meldungen abgeleiteten Verbesserungen
- 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 den regelmäßigen Newslettern der Unternehmenskommunikation
- 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 Aktionsplan
- 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 Einweiserbefragung

**Aktuelle Zertifizierungen:**

[https://www.kliniken-koeln.de/Qualitaet\\_und\\_Sicherheit.htm?ActiveID=2932](https://www.kliniken-koeln.de/Qualitaet_und_Sicherheit.htm?ActiveID=2932)

## **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](http://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 G-BA 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 u.a. Bestandteil der Qualitätszirkelarbeit. Zur Bewertung und Verbesserung der Patientensicherheit wurden/werden u.a. jährliche externe Risikoaudits und interne Audits 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.

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
- krankenhausesübergreifend (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 krankenhausesübergreifenden Aktionsplan als auch durch die teamspezifischen Aktionspläne. Die Mitarbeiterbefragung beinhaltet alle wesentlichen Aspekte zur Mitarbeitendenzufriedenheit 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 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; alle Rückmeldungen werden ausgewertet. Abgeleitete Optimierungen werden über einen Aktionsplan nachgehalten.