



**Krankenhaus der Augustinerinnen**  
»Severinsklösterchen«  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität zu Köln

# Qualitätsbericht 2021

## Krankenhaus der Augustinerinnen

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V  
über das Berichtsjahr 2021

*Einfach da sein*





# Vorwort

**Die Stiftung der Cellitinnen e.V. gründet sich auf dem karitativen Engagement von Ordensschwestern. Im Januar 2001 zogen sich die Ordensschwestern der Genossenschaft der Cellitinnen nach der Regel des hl. Augustinus Köln, Severinstraße, aus den Leitungsgremien der Trägerschaft ihrer Krankenhäuser und Altenheime zurück und übertrugen die Verantwortung an die Stiftung der Cellitinnen e.V. Sie verbanden dies mit dem Auftrag, ihr karitatives Werk der Nächstenliebe im Sinne des „einfach da sein“ – so ihr Leitmotiv - fortzusetzen.**

Diesen Auftrag hat die Stiftung auch an ihre Einrichtungen, die fünf Krankenhäuser, zahlreiche Senioreneinrichtungen, die sozialtherapeutischen Wohn- und Betreuungseinrichtungen, die Aus- und Weiterbildungseinrichtungen und die Kindertagesstätte weitergegeben. Zusammen bilden sie eine starke, qualitätsbewusste Gemeinschaft, die Wert darauf legt, ihren karitativen Auftrag mit Leben zu füllen. Eine wesentliche Ausprägung erfährt die Umsetzung des Leitmotivs in den verschiedensten qualitätsfördernden und qualitätssichernden Maßnahmen der Krankenhäuser. Unterschiedliche, den jeweiligen Leistungsspektren angepasste interne und externe Zertifizierungen stellen die Qualität der angewandten Qualitätsmanagementverfahren sicher. Ergänzend dazu hat die Stiftung der Cellitinnen in allen ihren Einrichtungen und speziell auch für die Krankenhäuser Kriterien zur Christlichen Orientierung bei Behandlung und Pflege der sich uns anvertrauenden Menschen erarbeitet und festgelegt.

Diese sollen den Mitarbeitern helfen, die Werte der Christlichen Nächstenliebe in die tägliche Arbeit einzubeziehen und so zu einer Qualität beitragen, die weit über die unmittelbar messbaren Kriterien hinausgeht. Der damit eingeleitete Prozess wird regelmäßig von der Stiftung evaluiert und gemeinsam mit den Einrichtungen weiterentwickelt.

Das heute auch für die Stiftung der Cellitinnen und ihre Einrichtungen geltende Leitmotiv „einfach da sein“ für die kranken, alten oder behinderten Menschen wird so ständig neu herausgefordert und trägt zu einer hohen Qualität bei.

Dieter Kesper  
Vorsitzender des Vorstands

# Vorwort des Krankenhauses

**Die rund 1.800 deutschen Krankenhäuser sind nach der in § 137 Abs. 6 des SGB V durch den Gesetzgeber festgelegten Verpflichtung jährlich und damit auch für das Jahr 2021 aufgefordert, einen strukturierten Qualitätsbericht in einer weiterhin vorgegebenen wenn auch weiterentwickelten Form zu erstellen.**

**Mit dem vorliegenden Bericht kommt das Krankenhaus der Augustinerinnen in Köln dieser Verpflichtung nach.**

Dargestellt werden Leistungsspektrum und Strukturdaten des Krankenhauses der Augustinerinnen basierend auf den Zahlen des Jahres 2021. Patienten\*, Ärzte\* und Krankenkassen können sich so einen Überblick über die Leistungsfähigkeit des Hauses verschaffen und bekommen bei der Wahl der besten Behandlung eine Informations- und Entscheidungshilfe an die Hand gelegt. Die zeitgleichen Berichtszeiträume, der detailliert vorgegebene Aufbau und die exakte Erfassung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen, lassen Vergleiche zwischen den verschiedenen Krankenhäusern zu und können so helfen, eine von subjektiven Erfahrungen und Schätzungen geprägte Positionierung zu ergänzen.

Das Erbringen von Leistungen hoher Qualität ist eine selbstverständliche Verpflichtung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Arbeit zum Wohle erkrankter Menschen. Vor diesem Hintergrund ist der Qualitätsbericht ein wichtiges Element des Wettbewerbs und stellt den Umgang mit dem Thema Qualität dar. Durch sein jährliches Erscheinen bietet der Bericht die Möglichkeit, Leistungen auch in ihrer Entwicklung zu bewerten und ist damit eine wesentliche Grundlage für die ständige Überprüfung und Verbesserung der Patientenversorgung. Das Krankenhaus der Augustinerinnen leistet somit seinen Beitrag für Transparenz im Gesundheitswesen.

\* Im gesamten Bericht gleichsam gültig für die weibliche als auch für die männliche Form.

# Inhaltsverzeichnis

<b>3</b>		Vorwort
<b>11</b>	<b>A</b>	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
<b>12</b>	<b>A-1</b>	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
<b>13</b>	<b>A-2</b>	Name und Art des Krankenhausträgers
<b>13</b>	<b>A-3</b>	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
<b>13</b>	<b>A-4</b>	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
<b>13</b>	<b>A-5</b>	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
<b>15</b>	<b>A-6</b>	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses
<b>16</b>	<b>A-7</b>	Aspekte der Barrierefreiheit
<b>16</b>	<b>A-7.1</b>	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen
<b>17</b>	<b>A-7.2</b>	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
<b>19</b>	<b>A-8</b>	Forschung und Lehre des Krankenhauses
<b>19</b>	<b>A-8.1</b>	Forschung und akademische Lehre
<b>21</b>	<b>A-8.2</b>	Ausbildung in anderen Heilberufen
<b>21</b>	<b>A-8.3</b>	Forschungsschwerpunkte
<b>21</b>	<b>A-9</b>	Anzahl der Betten
<b>21</b>	<b>A-10</b>	Gesamtfallzahlen
<b>21</b>	<b>A-11</b>	Personal des Krankenhauses
<b>21</b>	<b>A-11.1</b>	Ärztinnen und Ärzte
<b>22</b>	<b>A-11.2</b>	Pflegepersonal
<b>24</b>	<b>A-11.3</b>	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik
<b>25</b>	<b>A-11.4</b>	Spezielles therapeutisches Personal
<b>26</b>	<b>A-12</b>	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung
<b>26</b>	<b>A-12.1</b>	Qualitätsmanagement
<b>26</b>	<b>A-12.1.1</b>	Verantwortliche Person
<b>26</b>	<b>A-12.1.2</b>	Lenkungsgremium
<b>26</b>	<b>A-12.2</b>	Klinisches Risikomanagement
<b>26</b>	<b>A-12.2.1</b>	Verantwortliche Person
<b>26</b>	<b>A-12.2.2</b>	Lenkungsgremium
<b>26</b>	<b>A-12.2.3</b>	Instrumente und Maßnahmen
<b>27</b>	<b>A-12.2.3.1</b>	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems
<b>28</b>	<b>A-12.2.3.2</b>	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
<b>28</b>	<b>A-12.3</b>	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
<b>28</b>	<b>A-12.3.1</b>	Hygienepersonal
<b>29</b>	<b>A-12.3.2</b>	Weitere Informationen zur Hygiene
<b>29</b>	<b>A-12.3.2.1</b>	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen
<b>29</b>	<b>A-12.3.2.2</b>	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie
<b>30</b>	<b>A-12.3.2.3</b>	Umgang mit Wunden
<b>30</b>	<b>A-12.3.2.4</b>	Händedesinfektion
<b>31</b>	<b>A-12.3.2.5</b>	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)
<b>31</b>	<b>A-12.3.2.6</b>	Hygienebezogenes Risikomanagement
<b>32</b>	<b>A-12.4</b>	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement
<b>32</b>	<b>A-12.5</b>	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
<b>33</b>	<b>A-12.5.1</b>	Verantwortliches Gremium
<b>33</b>	<b>A-12.5.2</b>	Verantwortliche Person

- 33 A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal
- 33 A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen
- 34 A-13 Besondere apparative Ausstattung
- 35 A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G–BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
- 35 A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe
- 36 A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung
- 36 A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung
- 36 A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)
  
- 38 B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen
  
- 39 B-1 Allgemein,- Visceral- undThoraxchirurgie
- 39 B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 39 B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 39 B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 41 B-1.4 [unbesetzt]
- 41 B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 42 B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 42 B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 43 B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 45 B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 45 B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 45 B-1.11 Personelle Ausstattung
- 45 B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 46 B-1.11.2 Pflegepersonal
  
- 49 B-2 Unfallchirurgie
- 49 B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 49 B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 49 B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 51 B-2.4 [unbesetzt]
- 52 B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 52 B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 52 B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 53 B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 56 B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 58 B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 58 B-2.11 Personelle Ausstattung
- 58 B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 59 B-2.11.2 Pflegepersonal
  
- 60 B-3 Orthopädie, Spezielle orthopädische Chirurgie und Sportmedizin
- 60 B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

- 60** B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 60** B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 64** B-3.4 [unbesetzt]
- 64** B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 65** B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 65** B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 66** B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 68** B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 68** B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 68** B-3.11 Personelle Ausstattung
  - 68** B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - 69** B-3.11.2 Pflegepersonal
  
- 72** B-4 Frauenheilkunde
- 72** B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 72** B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 72** B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 74** B-4.4 [unbesetzt]
- 74** B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 74** B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 75** B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 75** B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 77** B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 78** B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 78** B-4.11 Personelle Ausstattung
  - 78** B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - 79** B-4.11.2 Pflegepersonal
  
- 81** B-5 Geburtshilfe
- 81** B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 81** B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 81** 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 Hauptdiagnosen nach ICD
- 84** B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 84** B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 86** B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 86** B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 86** B-5.11 Personelle Ausstattung
  - 86** B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - 87** B-5.11.2 Pflegepersonal
  
- 89** B-6 Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie / Infektiologie
- 89** B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

- 89** B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 89** B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 93** B-6.4 [unbesetzt]
- 94** B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 94** B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 94** B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 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
- 97** B-6.11 Personelle Ausstattung
- 97** B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 98** B-6.11.2 Pflegepersonal
  
- 100** B-7 Kardiologie und internistische Intensivmedizin
- 100** B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 100** B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 100** B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 103** B-7.4 [unbesetzt]
- 103** B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 103** B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 104** B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 104** B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 105** B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 105** B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 105** B-7.11 Personelle Ausstattung
- 105** B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 106** B-7.11.2 Pflegepersonal
  
- 108** B-8 Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin
- 108** B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 108** B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 108** B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 113** B-8.4 [unbesetzt]
- 113** B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 113** B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 113** B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 114** B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 115** B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 115** B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 115** B-8.11 Personelle Ausstattung
- 115** B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 116** B-8.11.2 Pflegepersonal
  
- 119** B-9 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 119** B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

- 120** B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 120** B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 121** B-9.4 [unbesetzt]
- 121** B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 121** B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 122** B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 123** B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 123** B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 123** B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 124** B-9.11 Personelle Ausstattung
- 124** B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 124** B-9.11.2 Pflegepersonal
  
- 126** B-10 Anästhesie und operative Intensivmedizin
- 126** B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 126** B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 126** B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 128** B-10.4 [unbesetzt]
- 128** B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 128** B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 128** B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 129** B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 129** B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 129** B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 129** B-10.11 Personelle Ausstattung
- 129** B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 130** B-10.11.2 Pflegepersonal
  
- 132** B-11 Radiologie
- 132** B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 132** B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 132** B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 134** B-11.4 [unbesetzt]
- 134** B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 135** B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 135** B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 135** B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 137** B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 137** B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 137** B-11.11 Personelle Ausstattung
- 137** B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 138** B-11.11.2 Pflegepersonal

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

# Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

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

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Krankenhaus der Augustinerinnen  
Institutionskennzeichen: 260530421  
Standortnummer: 772871000  
Standortnummer (alt): 00  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln  
Adress-Link: <http://www.severinskloesterchen.de>  
Telefon: 0221 3308-1004  
E-Mail: [jhausmann@severinskloesterchen.de](mailto:jhausmann@severinskloesterchen.de)

## Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. med. K. Tobias E. Beckurts  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor  
Telefon: 0221 3308-1301  
Telefax: 0221 3308-1559  
E-Mail: [tbeckurts@severinskloesterchen.de](mailto:tbeckurts@severinskloesterchen.de)

## Pflegedienstleitung

Name: Daniela Sappok  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin  
Telefon: 0221 3308-1000  
Telefax: 0221 3308-1010  
E-Mail: [dsappok@severinskloesterchen.de](mailto:dsappok@severinskloesterchen.de)

## Verwaltungsleitung

Name: Gunnar Schneider  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer  
Telefon: 0221 3308-1004  
Telefax: 0221 3308-1005  
E-Mail: gschneider@severinkloesterchen.de

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Krankenhaus der Augustinerinnen, Köln, gGmbH  
Art: freigemeinnützig  
Internet: www.severinkloesterchen.de

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja  
Universität: Universität zu Köln

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/–beratung/–seminare	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/–therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungs- pflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Kooperationspartner
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschafts- gymnastik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Kooperationspartner
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP26	Medizinische Fußpflege	Kooperationspartner
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungs- angebot/Psychosozialdienst	Kooperationspartner
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulen- gymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	Nur Neugeborenencreening
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/ Entbindungspflegern	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP43	Stillberatung	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Kooperationspartner
MP45	Stomatherapie/-beratung	Kooperationspartner
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Kooperationspartner
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<a href="https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/wahlleistungen">https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/wahlleistungen</a>	
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer	<a href="https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/geburtshilfe_nach_der_geburt">https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/geburtshilfe_nach_der_geburt</a>	
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<a href="https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/wahlleistungen">https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/wahlleistungen</a>	
NM69	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in	<a href="https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/geburtshilfe_leistungsspektrum">https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/geburtshilfe_leistungsspektrum</a>	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	<a href="https://koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher">https://koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher</a>	
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	<a href="https://www-koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher">https://www-koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher</a>	
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	<a href="https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher">https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher</a>	[z. B. aktuelle Angebote: Link zur Internetseite des Krankenhauses]
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	<a href="https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher">https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher</a>	
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	<a href="https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher">https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher</a>	
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/ spirituelle Begleitung	<a href="https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher">https://www.koeln-kh-augustinerinnen.de/patienten_besucher</a>	
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Eva Badinski  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Qualitätsmanagement  
 Telefon: 0221 3308-5480

E-Mail:

mwenck@severins kloesterchen.de

## A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/ Brailleschrift	
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung	
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Für Patienten mit einem Körpergewicht bis 200 kg können geeignete Betten bereitgestellt werden.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Patienten mit einem maximalen Gewicht von 200 kg können – je nach Indikation – operiert werden. Im Bedarfsfall muss dies jedoch individuell entschieden werden.
BF19	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Folgende Gewichtsbeschränkungen bestehen: Computertomograph: 200 kg Kernspintomographie: 300 kg Konventionelles Röntgen: 240 / 300 kg (je nach Gerät)
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/–geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Für Patienten mit einem Körpergewicht bis zu 200 kg können geeignete Hilfsmittel bereitgestellt werden.
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Für Patienten mit einem Körpergewicht bis zu 200 kg können geeignete Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden.
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Für Patienten mit einem Körpergewicht bis 200 kg können geeignete Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden.
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste	Ein Dolmetscherdienst für die meisten europäischen Sprachen ist vorhanden oder kann angefordert werden. Zudem bestehen Übersetzungsmöglichkeiten für die Sprachen Türkisch, Arabisch und Russisch.
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Ein Dolmetscherdienst für die meisten europäischen Sprachen ist vorhanden oder kann angefordert werden. Zudem bestehen Übersetzungsmöglichkeiten für die Sprachen Türkisch, Arabisch und Russisch.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL09	Doktorandenbetreuung

Zu unseren Chefarzten gehören die Herren Prof. Dr. Dr. h.c. T. Beckurts aus der Klinik für Chirurgie der Kölner Medizinischen Fakultät an, Prof. Dr. J. Schmolling aus der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist Professor der Medizinischen Fakultät Bonn, Prof. Dr. A. Karbowski aus der Klinik für Orthopädie an der Medizinischen Fakultät Mainz, Prof. Dr. M. Oette aus der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Infektiologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf, Herr Prof. Dr. I. Ahrens aus der Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin an der Medizinischen Fakultät Freiburg an.

Die Ausrichtung als Krankenhaus der Regelversorgung einerseits und die in einzelnen Bereichen weit über diesen Anspruch hinausgehenden speziellen Versorgungsangebote

andererseits bieten für Studierende der Medizin die hervorragende Möglichkeit, z.B. im Rahmen einer Famulatur ein außerordentlich großes und praxisrelevantes Spektrum zu erfahren und dabei dennoch gerade nicht die häufigen und typischen Krankheitsbilder der Fachgebiete zu vernachlässigen; die habilitierten Ärzte bieten Promotionsarbeiten für Doktoranden an.

Die klinische Ausbildung der Studenten am Krankenhaus der Augustinerinnen wird unterstützt durch begleitende Seminarveranstaltungen und regelmäßige abteilungsinterne und interdisziplinäre Lehrveranstaltungen. Für diese Aktivitäten wird ein Seminarraum mit zeitgemäßen Kommunikationsmedien zur Verfügung gestellt. Seit August 2007 ist das Krankenhaus der Augustinerinnen akademisches Lehrkrankenhaus der Universität in Köln.

Die jeweiligen Chefärzte der Kliniken besitzen ärztliche Weiterbildungsermächtigungen der Ärztekammer Nordrhein in den Fachgebieten Allgemeinchirurgie ( "Common Trunk" ), Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Innere Medizin, Pneumologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Anästhesie und Intensivmedizin.

Ein Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie besitzt ärztliche Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Nordrhein für die Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie (zusammen mit dem Chefarzt der Klinik für Orthopädie ) sowie spezielle Unfallchirurgie.

Ein weiterer Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral besitzt die ärztliche Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Nordrhein für das Fachgebiet Allgemeinchirurgie.

Im Verbund mit 7 weiteren Kölnern Krankenhäusern ist dem Krankenhaus der Augustinerinnen eine Krankenpflegeschule angegliedert. Sie heißt Louise von Marillac Schule (<http://www.krankenpflegeschule-koeln.de>) und ist eine katholische Bildungsstätte für Berufe im Gesundheitswesen.

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)

## A-8.3 Forschungsschwerpunkte

Die Kliniken für Chirurgie, Frauenheilkunde, Innere Medizin und Pneumologie nehmen an onkologischen Studien teil.

Die Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie und Infektiologie betreibt Forschung auf den Gebieten der Endoskopie, Sonographie und Infektionsepidemiologie.

## A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 300

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 12.848

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 25.373

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>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	127,81	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	127,81	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	127,81	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Fachärztinnen und Fachärzte	56,95	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	56,95	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	56,95	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	4	

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

### Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	185,48	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	185,48	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	185,48	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	4,69	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,69	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,69	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	10,59	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,59	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	10,59	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	10,59	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,59	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	10,59	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	14,04	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,04	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	14,04	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	19,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	19,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	7,35	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,35	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,35	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	8,92	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,92	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8,92	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	31,42	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	31,42	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	31,42	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	10,59	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,59	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	10,59	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	7,35	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,35	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,35	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	8,92	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,92	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8,92	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	10,92
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,92
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	10,92
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	14,34
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,34
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	14,34
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	4,78
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,78
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	4,78
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Eva Badinski  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Qualitätsmanagement  
Telefon: 0221 3308-5480  
E-Mail: ebadinski@severinkloesterchen.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Alle Bereiche  
Tagungsfrequenz: andere Frequenz

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Eva Badinski  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Qualitätsmanagement  
Telefon: 0221 3308-5480  
E-Mail: ebadinski@severinkloesterchen.de

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: CIRS-Team aus Mitarbeitern der Ärzte und Pflege der Kliniken  
Tagungsfrequenz: andere Frequenz

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: QM / RM Dokumentation Letzte Aktualisierung: 07.02.2017

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/–konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
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	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 07.02.2017
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: monatlich

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: bei Bedarf

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

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:  
z.B.: Präoperative Überprüfung auf Vorhandensein von ggf. notwendigem speziellen OP-Instrumentarium durch den Operateur selbst.

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF06	CIRS NRW (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

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

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	Prof. Dr. Lemmen (extern)
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	9	
Hygienefachkräfte (HFK)	2	
Hygienebeauftragte in der Pflege	22	

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

## Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Prof. Dr. med. Tobias Beckurts  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor  
Telefon: 0221 3308-1301  
Telefax: 0221 3308-1559  
E-Mail: tbeckurts@severinskloesterchen.de

## Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

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

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

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: 182 ml/Patiententag

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen ja  
wurde für das Berichtsjahr erhoben:

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemein- 44 ml/Patiententag  
stationen:

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt ja  
auch stationsbezogen:

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke <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
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)

## A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	<a href="https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de">https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de</a>
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS OP-KISS
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	

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Rosemarie Amberge Patientenfürsprecherin Telefon: 0221 311926 E-Mail: kwittke@severinkloesterchen.de
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Rosemarie Amberge Patientenfürsprecherin Telefon: 0221 311926 E-Mail: kwittke@severinkloesterchen.de
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen 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 multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

## A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

Quartalsweise stattfindende Arzneimittelkommission unter Leitung der Apotheke mit Teilnahme ärztlicher Vertreter aller Fachdisziplinen

## A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Prof. Dr. Ingo Ahrens  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt Kardiologie  
Telefon: 0221 3308-1851  
E-Mail: iahrens@severinskloesterchen.de

## A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl <sup>1</sup>
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Dienstleistung durch externe Apotheke

## A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS05	Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerät zur Gefäßdarstellung
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	——— <sup>2</sup>	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<input checked="" type="checkbox"/>	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	——— <sup>2</sup>	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input checked="" type="checkbox"/>	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	——— <sup>2</sup>	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	——— <sup>2</sup>	Harnflussmessung
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße

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

## 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 Abschlüsse vor.

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: ja

Stufe der Notfallversorgung, welcher das Krankenhaus zugeordnet ist

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

Kommentar:

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

### Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt:  
Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)

## Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt:  
Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)

## A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

### Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Nr.	Module der Speziellen Notfallversorgung
SN04	Modul Schwerverletztenversorgung
SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

### Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Nr.	Module der Speziellen Notfallversorgung
SN04	Modul Schwerverletztenversorgung
SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

## A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt:  
Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausesplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausesplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

## 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:

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

# Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

<b>39</b>	1	Allgemein,- Visceral- undThoraxchirurgie
<b>49</b>	2	Unfallchirurgie
<b>60</b>	3	Orthopädie, Spezielle orthopädische Chirurgie und Sportmedizin
<b>72</b>	4	Frauenheilkunde
<b>81</b>	5	Geburtshilfe
<b>89</b>	6	Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie / Infektiologie
<b>100</b>	7	Kardiologie und internistische Intensivmedizin
<b>108</b>	8	Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin
<b>119</b>	9	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
<b>126</b>	10	Anästhesie und operative Intensivmedizin
<b>132</b>	11	Radiologie

# B-1 Allgemein,- Visceral- undThoraxchirurgie

## B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Allgemein,- Visceral- undThoraxchirurgie

Name: Allgemein,- Visceral- undThoraxchirurgie  
Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1500)  
Art: Hauptabteilung

### Chefärztinnen und Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Tobias Beckurts  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1301  
Telefax: 0221 3308-1559  
E-Mail: tbeckurts@severinskloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

## B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Allgemein,- Visceral- undThoraxchirurgie

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:  
Keine Vereinbarung geschlossen

## B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Allgemein,- Visceral- undThoraxchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC20	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC68	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Mammachirurgie
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin

### **Allgemein- und Visceralchirurgie:**

Aufgrund der hohen fachlichen Qualifikation der chirurgischen Leistungsträger und der umfangreichen personellen, apparativen, und räumlichen Ausstattungsmerkmale ergeben sich folgende Tätigkeitsschwerpunkte für die Klinik für Allgemein-, –Thorax- und Visceralchirurgie:

#### **In der Allgemein- und Visceralchirurgie werden angeboten und durchgeführt:**

- Versorgung von Leisten-, Bauchdecken- und Narbenbrüchen. Hier kommen individuell angepasste Operationstechniken einschließlich endoskopischer (= minimal invasiver) Verfahren zum Einsatz, erforderlichenfalls werden auch moderne Verstärkungsnetze zur Rekonstruktion der geschwächten Bauchdecken- und Leistenstrukturen verwendet.
- Die operative Versorgung von Zwerchfellbrüchen (Hiatushernien); die operative Behandlung der Refluxkrankheit unter individueller Berücksichtigung der Befundlage. Diese Eingriffe sind eine Domäne der minimalinvasiven Operationstechniken.
- Behandlung von Hämorrhoiden, Analfissuren und –Fisteln, perianalen Entzündungsprozessen und Mastdarmvorfällen, Feigwarzen (= Condylome).
- Sämtliche Schilddrüsenoperationen (bei Kropferkrankungen oder tumorverdächtigen Knoten/manifesten Tumorerkrankungen) werden durchgeführt. Dies schließt auch die Chirurgie der Nebenschilddrüse ein. Auf ein günstiges kosmetisches Ergebnis wird dabei ebenso sorgsam geachtet wie auf ein den medizinischen Erfordernissen angepasstes Resektionsausmaß. Zur Erhöhung der perioperativen Sicherheit wird ein modernes Neuromonitoring zur Identifikation und Funktionsprüfung der Stimmbandnerven eingesetzt.
- Onkologische Chirurgie bei allen bösartigen Tumoren der Brust- und Bauchorgane (Speiseröhre, Lunge, Zwischenlungenraum, Leber, Gallenwege, Bauchspeicheldrüse, Magen, Milz, Nebennieren, Dünn- und Dickdarm, Bauchfell), insbesondere auch Metastasen Chirurgie an Leber und Lungen. Sämtliche

Operationsverfahren bei gut- und bösartigen Erkrankungen werden mit neuesten Techniken und moderner apparativer Ausstattung durchgeführt, nach Möglichkeit unter Nutzung der minimalinvasiven Techniken. Der Klinikleiter und sein Team verfügen über langjährige Erfahrungen auch bei komplexen Operationsverfahren. Dies schließt die Durchführung von Speiseröhrenoperationen bei gut- und bösartigen Tumoren, die Pankreaskopfresektionen (so genannte Whipple Operation) bei Tumoren der Bauchspeicheldrüse sowie die Technik der Lebertumorchirurgie durch Resektion und Radiofrequenz-ablation einschließlich der intraoperativen Sonographie ein. Viele komplexe Eingriffe werden auch in minimalinvasiver Technik ( laparoskopisch / thorakoskopisch ) angeboten.

- Dickdarmoperationen bei gutartigen (z.B. Divertikulitis, Colitis ulcerosa, M. Crohn) wie bei bösartigen Erkrankungen (Dickdarmkrebs) einschließlich Enddarmkrebs. Durch die Einbindung in das Darmzentrum Köln ist eine enge Verzahnung mit den anderen wichtigen Behandlungspartnern bei bösartigen Darmtumoren gesichert. Dies betrifft sowohl Fachärzte für Gastroenterologie, als auch Onkologen, Strahlentherapeuten und Pathologen. Soweit individuell und nach dem Stand der Wissenschaft sinnvoll, werden die Operationen vorzugsweise mit minimal-invasiven Techniken durchgeführt („Schlüsselloch-chirurgie“).

- Das gesamte Spektrum der Operationen von Galle und Gallenwegen, Leber und Pankreas. Dies beinhaltet gutartige Erkrankungen (z.B. Gallenblasenentfernung bei Gallensteinleiden, insbesondere auch in der modernen laparoskopischen Technik), gutartige Leberneubildungen (z.B. Leberzysten, ebenfalls in laparoskopischer Technik) und Operationen, die im Zusammenhang mit chronischen Bauchspeicheldrüsenerkrankungen erforderlich werden (z.B. Zystendrainagen). Bösartige Primärtumore (z.B. hepatozelluläres Karzinom, Bauchspeicheldrüsenkrebs im Kopf-, Körper- oder Schwanzbereich des Organs, Papillentumore und Gallengangskarzinome) einschließlich der Lymphabflussgebiete können nach den neuesten Standards der onkologischen Chirurgie operativ entfernt werden, gleiches gilt für gut- und bösartigen Erkrankungen der Nieren und Nebennieren. Auch hier werden in geeigneten Fällen minimal-invasive Operationsverfahren eingesetzt.

- Lungenoperationen sowohl bei Tumorerkrankungen oder Tumorverdacht, wie auch bei gutartigen Lungenerkrankungen (z.B. Spontanpneumothorax, entzündliche Gewebeerkrankungen) ergänzen das Spektrum der Klinik. Sie werden in enger Kooperation mit der Klinik für Pneumologie des Hauses vorbereitet und durchgeführt, falls möglich werden minimal-invasive Operationsverfahren zum Einsatz gebracht.

## **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 Allgemein,- Visceral- undThoraxchirurgie**

Vollstationäre Fallzahl:	1.016
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	33

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteinleiden	183
2	K40	Leistenbruch (Hernie)	76
3	K35	Akute Blinddarmentzündung	72
4	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	38
5 – 1	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	33
5 – 2	C15	Speiseröhrenkrebs	33
7	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	30
8	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	27
9 – 1	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	23
9 – 2	K63	Sonstige Krankheit des Darms	23

## B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-469	Sonstige Operation am Darm	209
2	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	165
3	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	127
4 – 1	9-984	Pflegebedürftigkeit	114
4 – 2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	114
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	111
7	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	98
8	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	96
9	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	88
10 – 1	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	78
10 – 2	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	78
10 – 3	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	78

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Privatsprechstunde Prof. Dr. med. Beckurts

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
Erläuterung: Sprechstunde für Privatpatientinnen und Privatpatienten

Nr.	Angebotene Leistung
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC20	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

### Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Nr.	Angebotene Leistung
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC20	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin

## D-Arzt / Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

## Allgemein- und Vizceralchirurgische Indikationsprechstunde

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
 Erläuterung: Allgemeine Sprechstunde zur Abklärung potentiell notwendiger operativer Eingriffe

Nr.	Angebotene Leistung
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC20	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

## B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	29
2	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	6
3	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	5
4 – 1	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
4 – 2	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	< 4
4 – 3	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
4 – 4	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	< 4
4 – 5	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	< 4
4 – 6	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
4 – 7	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 4
4 – 8	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	< 4
4 – 9	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	< 4
4 – 10	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	< 4

## B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Beleg-ärztinnen und Belegärzte)	11,99	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,99	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	11,99	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,95	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,95	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,95	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

## B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	16,47	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,47	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	16,47	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,23	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,23	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,23	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,71	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,71	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,71	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	1,15	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,15	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,15	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ06	Master
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement

# B-2 Unfallchirurgie

## B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Unfallchirurgie

Name: Unfallchirurgie  
Schlüssel: Unfallchirurgie (1600)  
Art: Hauptabteilung

## Chefärztinnen und Cheförzte

Name: Dr. med. Thomas Paffrath  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1301  
Telefax: 0221 3308-1559  
E-Mail: tpaffrath@severinskloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

## B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Unfallchirurgie

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

## B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Unfallchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VC45	Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC49	Neurochirurgie: Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin

## Unfallchirurgie

Aufgrund der hohen fachlichen Qualifikation der chirurgischen Leistungsträger und der personellen, apparativen, und räumlichen Ausstattungsmerkmale ergeben sich folgende Tätigkeitsschwerpunkte für die Klinik für Unfallchirurgie:

### **In der Unfallchirurgie werden angeboten und durchgeführt:**

- Akute und chronische Verletzungsfolgen an Knochen-, Weichteil-, Bauch und Brustorganen. Dies schließt ausdrücklich die Behandlung von Arbeits- und Wegeunfällen (Berufsgenossenschaftliche Behandlung) ein. Dabei kommen moderne Implantate (z.B. winkelstabile Platten oder Titannägel) zum Einsatz und wann immer möglich erfolgt die operative Versorgung über wenig belastende kleine Operationszugänge ( Minimalinvasive Unfallchirurgie).
- Besondere Erfahrungen bestehen in der Behandlung von Brüchen aller Knochen und Gelenke der oberen und unteren Extremität, insbesondere bei der unfallchirurgischen Versorgung von akuten Verletzungen der Hand, des Handgelenkes sowie des Unterarmes als auch des von akuten Verletzungen von Knochen und Weichteilen am Unterschenkel und Sprunggelenk.
- Dies schließt auch die endoprothetische Versorgung (= künstlicher Gelenkersatz) bei Oberschenkelhals- und Oberarmbrüchen sowie deren Folgezustände ein.
- Knochenbrüche am Becken können – je nach Verletzungsart – mit nicht operativen oder operativen Verfahren behandelt werden.
- Arthroskopische Eingriffe an Schulter oder Knie zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken gehören ebenso zum Leistungsspektrum der Klinik.
- Die stationäre und ambulante Nachbehandlung nach Knochenbruchversorgungen wird flankiert durch Rehabilitationskonzepte in enger Kooperation mit dem hauseigenen Sozialdienst, der Abteilung für physikalische Therapie sowie der ambulante Rehabilitationseinrichtung des Hauses.
- Die Klinik für Unfallchirurgie strebt die Implementierung eines Zentrums für Alterstraumatologie an, da besondere und langjährige Erfahrungen in der Versorgung von Frakturen bei älteren Menschen bestehen. Zudem erfolgt bereits jetzt eine intensive Zusammenarbeit mit einer Reihe von geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in der Umgebung. Es besteht eine Zertifizierung als regionales Traumazentrum.

## **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 Unfallchirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 995  
 Teilstationäre Fallzahl: 0  
 Anzahl Betten: 30

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	153
2	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	120
3	S52	Knochenbruch des Unterarmes	100
4	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	84
5	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	60
6	S06	Verletzung des Schädelinneren	55
7 – 1	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe – Phlegmone	44
7 – 2	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	44
9	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	35
10 – 1	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	25
10 – 2	M70	Krankheit des Weichteilgewebes aufgrund Beanspruchung, Überbeanspruchung bzw. Druck	25

## B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	291
2	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	243
3	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	114
4	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	112
5	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	106

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	100
7	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	91
8	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	80
9	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebs-hüllen	59
10	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	55

## B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

### Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Erläuterung: Unfallchirurgische Notfälle, Arbeits- und Wegeunfälle (24 h)

Nr.	Angebotene Leistung
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochen-entzündungen
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Nr.	Angebotene Leistung
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC49	Neurochirurgie: Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC53	Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin

## D-Arzt-Sprechstunde Dr. Adler (Arbeits- und Wegeunfälle)

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz  
 Erläuterung: Sprechstunde für Patientinnen und Patienten nach Arbeits- und Wegeunfällen

Nr.	Angebotene Leistung
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

## Indikationssprechstunde Unfallchirurgie

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
 Erläuterung: Allgemeine Sprechstunde zur Abklärung potentiell notwendiger operativer Eingriffe

Nr.	Angebotene Leistung
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen

Nr.	Angebotene Leistung
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC45	Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	89

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	12
3 – 1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	10
3 – 2	5-841	Operation an den Bändern der Hand	10
5	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	9
6	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	8
7 – 1	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegeweshüllen	< 4
7 – 2	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
7 – 3	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	< 4
7 – 4	5-898	Operation am Nagel	< 4
7 – 5	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	< 4
7 – 6	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	< 4
7 – 7	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
7 – 8	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	< 4
7 – 9	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	< 4
7 – 10	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
7 – 11	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
7 – 12	5-78a	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese	< 4
7 – 13	5-849	Sonstige Operation an der Hand	< 4
7 – 14	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegeweshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
7 – 15	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	< 4
7 – 16	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	< 4

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

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Beleg-ärztinnen und Belegärzte)	9,17	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,17	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	9,17	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,86	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,86	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,86	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF37	Rehabilitationswesen
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie

## B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	11,26	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,26	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	11,26	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ06	Master
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement

## B-3 Orthopädie, Spezielle orthopädische Chirurgie und Sportmedizin

### B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Orthopädie, Spezielle orthopädische Chirurgie und Sportmedizin

Name: Orthopädie, Spezielle orthopädische Chirurgie und Sportmedizin  
Schlüssel: Orthopädie (2300)  
Art: Hauptabteilung

### Chefärztinnen und Cheförzte

Name: Prof. Dr. med. Alfred Karbowski  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1356  
Telefax: 0221 3308-1556  
E-Mail: akarbowski@severinskloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Orthopädie, Spezielle orthopädische Chirurgie und Sportmedizin

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:  
Keine Vereinbarung geschlossen

### B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Orthopädie, Spezielle orthopädische Chirurgie und Sportmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen

<b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie</b>	
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC45	Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC65	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen
<b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie</b>	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO12	Kinderorthopädie
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Arthroskopische Operationen
VO21	Traumatologie

In der **Klinik für Orthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie und Sportmedizin** sind unter der Leitung von Prof. Dr. med. A. Karbowski hochqualifizierte Fachärzte neben Weiterbildungsassistenten zur Abbildung eines breiten Tätigkeitsspektrums tätig. Es wird auf eine ständige Weiterbildung Wert gelegt, z.B. durch Besuch nationaler und internationaler Kongresse, Hospitationen und Kooperationen mit anderen Kliniken.

Die Klinik umfasst

1. das zertifizierte Endoprothesenzentrum der Maximalversorgung,
2. eine Spine Unit (Wirbelsäulenchirurgie), sowie die Behandlungsschwerpunkte
3. Knie-, Schulter- und gelenkerhaltende Chirurgie,
4. Fuß- und Sprunggelenk.

Kern der Klinik ist die **Endoprothetik** von Hüft- und Kniegelenk.

Prof. Karbowski ist Leiter des EPZ.

Im **Endoprothesenzentrum der Maximalversorgung** wurden 2019 insgesamt 971 Endoprotheseneingriffe (primäre Prothesenimplantationen und Wechseleingriffe) durchgeführt. Mit 4 Senior-Hauptoperatoren (Hr. Prof. Dr. med. Karbowski, Hr. Kesavan, Hr. Dr. med. Berger und Hr. Dr. med. Zandanel) sowie einer strukturierten Weiterbildung zur Ausbildung weiterer Operateure steht der Klinik eine Endoprothetikabteilung von überregionaler Bedeutung zur Verfügung. Insbesondere werden regelhaft durchgeführt:

- Primäre Implantationen von Hüft- und Knieendoprothesen
- Ein- und mehrzeitige Wechseleingriffe bei schmerzhafter Prothese, Prothesenlockerung, Instabilität und Infekt
- Simultane Protheseneingriffe an beiden Hüften/Knien
- Simultane Hüft-und Kniegelenksendoprothetik einer Extremität
- Implantation von Teilgelenkersätzen

Besonders hervorzuheben sind:

- Minimal-invasive Operationstechniken unter Verwendung des anterolateralen OCM Operationszuganges zur Hüfte seit 2004
- Individualisierte personalisierte Implantatversorgung, z.B. mittels der 3-D-Planung des total-endoprothetisch zu operierenden Gelenks
- Behandlung nach den Prinzipien des „FastTrack“/„Rapid Recovery“ unter besonderer Beachtung der intra- und postoperativen Schmerz- und Blutungsprophylaxe, so dass wenn nicht medizinische Gründe dem entgegenstehen, die Patienten die Klinik bereits nach wenigen Tagen die Klinik verlassen können. „Wir bekommen sie schnell auf die Beine“.
- Bei schmerzhafter Endoprothetik bildet die hier regelhaft durchgeführte Arthroskopie bei einliegender TEP von Hüfte und Knie, insbesondere der schmerzhaften Hüfte nach Hüft-TEP, erhebliche diagnostische, funktionsanalytische und therapeutische Möglichkeiten. Andernorts ist die Arthroskopie der Hüfte bei einliegender TEP selten.
- Bei Infektverdacht /Infekt kooperiert das Behandlungsteam mit der Charité Berlin und führt in Rücksprache mit der Charité Berlin, die operative Behandlung hier in Köln durch.

Die neugegründete **Spine Unit/Wirbelsäulen Chirurgie** unter dem Sektionsleiter Dr. med. Yorck Rommelspacher vereint die Expertise der orthopädischen Wirbelsäulen Chirurgie und der durch Oberarzt Dr. med. André Pascal Schulte vertretenen Neurochirurgie. Orthopäde und Neurochirurg arbeiten Hand in Hand, dies ist in einer Einheit nicht so häufig.

Regelhaft wird folgendes Behandlungsspektrum angeboten:

Minimal-Invasive mikrochirurgische Operationen an der gesamten Wirbelsäule unter Verwendung intra-operativer CT-Kontrolle und –Navigation mit

- operativer Behandlung beim symptomatischen Bandscheibenvorfall
- Versteifungs- und Aufrichtungsoperationen bei Fraktur, Arthrose oder Wirbelgleiten
- Frakturversorgung über ventralen und dorsalen Zugang
- Tumororthopädie

minimal-invasiver Therapie / Infiltrationstherapie der Wirbelsäule

Im Behandlungsschwerpunkt **Knie-, Schulter- und gelenkerhaltende Chirurgie** werden regelhaft durch OA Alberti und OA Dr. Berger neben Prof. Karbowski folgende Behandlungen durchgeführt:

minimal-invasive, arthroskopische Behandlung am Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenk mit

- Behandlung der Schultergelenksenge, der Rotatorenmanschettenruptur, der Instabilität an Schulter- und Schulterergelenk, sowie der Frozen Shoulder

- Entfernung freier Gelenkkörper, Arthrolyse und Dekompression bei beginnender Ellenbogen-gelenksarthrose
- Behandlung des Hüftimpingements, Gelenklippenrekonstruktionen, diagnostische, insbesondere funktionelle und therapeutische Arthroskopie auch bei einliegender TEP
- Meniskusteilentfernung und Meniskusrekonstruktion, Kreuzbandrekonstruktionen, operative Behandlung der femoropatellaren Instabilität mit Malalignmentkorrekturen und Knochen-/ Weichteilrekonstruktion, Knorpelregenerative/–ersetzende Verfahren
- Endoprothesenimplantationen am Schultergelenk
- Umstellungsosteotomie am Knie- und Hüftgelenk

Im Behandlungsschwerpunkt **Fuß- und Sprunggelenkschirurgie**, vertreten durch OA Dr. Sadowski und Prof. Karbowski, steht folgendes Behandlungsspektrum zur Verfügung:

- Körpernahe und körperferne Korrekturoperationen beim symptomatischen Hallux valgus
- Kleinzehnenkorrekturen inklusive minimal-invasiver Osteotomien
- Rückfußkorrekturen bei Arthrose, symptomatischem Knickfuß und Hohlfuß
- Sehnenumkehrplastiken und Sehnenersatzplastiken
- Weichteileingriffe bei Sehnenproblematiken an der Achillessehne, den Peronealsehnen und der Tibialis posterior Sehne
- Arthroskopisch gestützte Behandlung von Bandinstabilitäten, der Osteochondrosis dissecans und des primären Knorpelschadens am Sprunggelenk
- Sehnen Spiegelungen am Rückfuß

## **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 Orthopädie, Spezielle orthopädische Chirurgie und Sportmedizin**

Vollstationäre Fallzahl:	1.620
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	63

## B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	365
2	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	198
3	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	159
4	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	140
5	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	81
6	M54	Rückenschmerzen	72
7	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	71
8	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	51
9	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte – Osteoporose	47
10	M75	Schulterverletzung	46

## B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	449
2	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	385
3	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	375
4	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischen-scheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	298
5	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	287
6	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	275
7	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	267
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	260
9	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	230
10	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	203

## B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Orthopädische Notfälle

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)  
Erläuterung: Behandlung orthopädischer Notfälle

Nr.	Angebotene Leistung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO12	Kinderorthopädie
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie

### Sprechstunde Endoprothetik

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
Erläuterung: Vor- und Nachuntersuchung für Patientinnen und Patienten mit endoprothetischem Gelenkersatz

Nr.	Angebotene Leistung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien

### Sprechstunde Fußchirurgie

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
Erläuterung: Vor- und Nachuntersuchung für Patientinnen und Patienten mit Fußfehlstellungen

Nr.	Angebotene Leistung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO15	Fußchirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen

## Sprechstunde Schulterchirurgie

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
Erläuterung: Vor- und Nachuntersuchung für Patientinnen und Patienten mit Schultererkrankungen

Nr.	Angebotene Leistung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO14	Endoprothetik
VO19	Schulterchirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC66	Arthroskopische Operationen

## Sprechstunde Sportorthopädie / Sporttraumatologie

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
Erläuterung: Vor- und Nachuntersuchung für Patientinnen und Patienten mit sportbedingten Erkrankungen / Verletzungen

Nr.	Angebotene Leistung
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie

## Sprechstunde Wirbelsäulenorthopädie

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
Erläuterung: Vor- und Nachuntersuchung für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der Wirbelsäule

Nr.	Angebotene Leistung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

## Sprechstunde Kinderorthopädie

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

Erläuterung: Vor- und Nachuntersuchung für Patientinnen und Patienten mit Osteogenesis imperfecta

Nr.	Angebotene Leistung
VO12	Kinderorthopädie
VO13	Spezialsprechstunde

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	6
2 – 1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	< 4
2 – 2	5-788	Operation an den Fußknochen	< 4
2 – 3	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
2 – 4	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	< 4

## B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-3.11 Personelle Ausstattung

### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	15,83	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,83	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	15,83	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,38	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,38	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8,38	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ41	Neurochirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF27	Naturheilverfahren
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF44	Sportmedizin

## B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	19,63	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,63	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	19,63	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,21	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,21	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	2,3	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	1,88	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,88	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,88	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ06	Master
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement

## B-4 Frauenheilkunde

### B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenheilkunde

Name: Frauenheilkunde  
Schlüssel: Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2400)  
Art: Hauptabteilung

### Chefärztinnen und Cheförzte

Name: Prof. Dr. med. Jan Schmolling  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1321  
Telefax: 0221 3308-1328  
E-Mail: jschmolling@severinskloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

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

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:  
Keine Vereinbarung geschlossen

### B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenheilkunde

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
VG05	Endoskopische Operationen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG16	Urogynäkologie
VG18	Gynäkologische Endokrinologie

**Die Versorgungsschwerpunkte umfassen:**

**Minimal-invasive Chirurgie mittels Bauch- oder Gebärmutter Spiegelung**

- Diagnostische und therapeutische Eingriffe bei Tumoren der Eierstöcke
- Entfernung der Gebärmutter als Teil- oder Kompletentfernung bei gut- und bösartigen Befunden
- Diagnostik und Therapie der Endometriose
- Konservative (Embolisation u.a.) und operative Behandlung von Myomen
- Diagnostische Eingriffe zur weiteren Abklärung bei chronischen Schmerzen
- Diagnostik und Therapie entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane
- Operative Diagnostik bei Kinderwunsch
- Onkologische Eingriffe, inkl. Darstellung des Wächterlymphknotens (ICG)

**Große Bauch- und Tumorchirurgie bei gynäkologischen Karzinomerkrankungen**

- Abdominale interdisziplinäre Operationen im Rahmen von bösartigen Erkrankungen der Eierstöcke, des Gebärmutterhalses oder der Gebärmutter Schleimhaut, der Vagina und der Vulva

**Urogynäkologische Diagnostik und Therapie**

- Vaginale Gebärmutterentfernung
- Urogynäkologische Diagnostik bei Harninkontinenz (Urodynamik und Introitussonographie)
- Operative Therapie mit Einlage von Bändern (Tension-free Vaginal Tape (=TVT) oder Tension-free Obturatorisches Tape (=TOT))
- Beckenbodenrekonstruktion mittels vaginaler Operationen, auch mit Netzeinlage (BSC-MESH, InGynious), oder Einlage abdominalen Netze (Zerviko- /Vaginosakropexie), auch laparoskopisch

- Konservative Therapie mittels Pessaren, Beckenbodengymnastik, medikamentöser Therapie

### **Operative Behandlung gut- und bösartiger Erkrankungen der Brust (kooperatives Brustzentrum)**

- Erweiterte Diagnostik (Stanzen)

- Operation (inkl. Darstellung des Wächterlymphknotens (=Sentinel-Node) mittels brusterhaltender Operation oder Brustentfernung)

### **Ambulante Behandlungen**

- Kurzeingriffe unter Narkose (Gebärmutter Spiegelungen, Ausschabungen bei Blutungen oder Fehlgeburten, diagnostische Bauchspiegelungen)

## **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 Frauenheilkunde**

Vollstationäre Fallzahl: 498  
Teilstationäre Fallzahl: 0  
Anzahl Betten: 13

## **B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N80	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter	148
2	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	68
3	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	60
4	D27	Gutartiger Eierstocktumor	29
5	C54	Gebärmutterkrebs	23
6	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	22
7	C50	Brustkrebs	16
8	C56	Eierstockkrebs	12

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	N92	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung	11
10	N94	Schmerz bzw. andere Zustände der weiblichen Geschlechtsorgane aufgrund der Regelblutung	10

## B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	170
2	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	143
3	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	96
4	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	86
5 – 1	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	81
5 – 2	5-667	Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas	81
7	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	78
8	5-469	Sonstige Operation am Darm	64
9	5-933	Verwendung einer Kunststoff- oder biologischen Trennwand zur Vermeidung von Verklebungen	60
10	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	53

## B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Gynäkologische Notfallbehandlung

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)  
 Erläuterung: Behandlung von Patientinnen mit akuten gynäkologischen Erkrankungen (24 h)

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
VG05	Endoskopische Operationen

Nr.	Angebotene Leistung
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

## Senologische Sprechstunde

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
 Erläuterung: Behandlung von Patientinnen mit Tumoren der weiblichen Brust

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

## Urogynäkologische Sprechstunde

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
 Erläuterung: Behandlung von Patientinnen mit Problemen bei der Blasenentleerung

Nr.	Angebotene Leistung
VG16	Urogynäkologie

## Dysplasiesprechstunde

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
 Erläuterung: Behandlung von Patientinnen mit Gewebeveränderungen am Gebärmuttermund

Nr.	Angebotene Leistung
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

## Onkologische Sprechstunde

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
 Erläuterung: Behandlung von Patientinnen mit bösartigen Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane

Nr.	Angebotene Leistung
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

## Sprechstunde ambulante Operationen

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

Erläuterung: Behandlung von Patientinnen vor und nach ambulanten Operationen

Nr.	Angebotene Leistung
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

## Privatsprechstunde Prof. Dr. Schmolling

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: Behandlung von Privatpatientinnen mit gynäkologischen Erkrankungen

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
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG16	Urogynäkologie
VG18	Gynäkologische Endokrinologie

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1 – 1	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	44
1 – 2	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	44
3	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	39
4	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	28

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter-schleimhaut ohne operativen Einschnitt	20
6	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter-schleimhaut – Ausschabung	15
7	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	8
8	5-712	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	7
9 – 1	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	4
9 – 2	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	4

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

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-4.11 Personelle Ausstattung

### B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Beleg-ärztinnen und Belegärzte)	6,54	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,54	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6,54	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,3	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,3	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	5,8	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,8	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,8	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,08	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,44	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,44	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,44	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,91	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,91	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,91	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement

# B-5 Geburtshilfe

## B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Geburtshilfe

Name: Geburtshilfe  
Schlüssel: Geburtshilfe (2500)  
Art: Hauptabteilung

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Schmolling Jan  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1321  
Telefax: 0221 3308-1328  
E-Mail: jschmolling@severinskloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

## B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Geburtshilfe

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

## B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Geburtshilfe

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG09	Pränataldiagnostik und –therapie
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG18	Gynäkologische Endokrinologie
VG19	Ambulante Entbindung

### **Die Versorgungsschwerpunkte umfassen:**

- Medizinische Untersuchungen vor der Geburt (Doppleruntersuchungen, Geburtsplanungen bei Risikoschwangerschaften)
- Äußere Wendung bei Beckenendlage
- Behandlung bei drohender Fehlgeburt/Frühgeburt unter Einsatz wehenhemmender Substanzen.
- Behandlung von Erkrankungen nach der Geburt (Brustentzündungen, Entzündungen der Gebärmutter)

### **Natürliche und sichere Geburt:**

- 6 moderne Kreißsäle, ausgestattet mit Kreißbett, Pezzibällen, Sprossenwand, Matte und Gebärseilen
- 4 Gebärwannen
- 3 Reanimationsplätze für Neugeborene
- 2 in den Kreißsaal integrierte OP-Säle für reguläre und Not-Kaiserschnitte
- modifizierte Kaisergeburt
- Anbindung an neonatologisches Zentrum
- Möglichkeit der Betreuung durch Beleghebammen
- Kurzstationäre Geburten
- Risikogeburten (z.B. Gestationsdiabetes, natürliche Geburt nach Kaiserschnitt)
- Medikamentöse Schmerzerleichterung, inkl. PDA, Lachgas
- Entbindung per Saugglocke / sanfte Vakuumentbindung

### **Betreuung nach der Geburt**

- Betreuung durch Kinderkrankenschwestern und Hebammen
- Stillberatung
- Kinderärztliche Untersuchung (U1 und U2)
- Aufenthalt im Familienzimmer
- Rooming-in
- Bonding

### Spezifisches Neugeborenencreening:

- Stoffwechselkrankheiten
- Hüftdysplasie, inkl. Hüftultraschall
- Hörscreening
- Frühes Screening auf angeborene Herzfehler mittels Sauerstoffsättigung

## 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 Geburtshilfe

Vollstationäre Fallzahl: 4.256  
Teilstationäre Fallzahl: 0  
Anzahl Betten: 20

## B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	1.733
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	1.313
3	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	140
4	O64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt	128
5	O65	Geburtshindernis durch Normabweichung des mütterlichen Beckens	125
6	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	108
7	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	102
8	P22	Atemnot beim Neugeborenen	98

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	90
10	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	52

## B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.939
2	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	1.763
3	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	1.364
4	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	1.280
5	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	797
6	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	170
7	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	116
8	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	115
9	3-033	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Neugeborenen und Kleinkindern	95
10	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie	66

## B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Geburtshilfliche Notfallbehandlung

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Erläuterung: Behandlung von Patientinnen mit akuten geburtshilflichen Problemen (24 h)

Nr.	Angebotene Leistung
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen

## Schwangerensprechstunde / Geburtsplanungssprechstunde

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
Erläuterung: Behandlung von Schwangeren zur Geburtsvorbereitung / – Planung

Nr.	Angebotene Leistung
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG19	Ambulante Entbindung

## Pränataldiagnostik

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

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
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG18	Gynäkologische Endokrinologie
VG19	Ambulante Entbindung

## Geburtshilfliche Privatsprechstunde Prof. Dr. Schmolling

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
Erläuterung: Behandlung von Schwangeren zur Geburtsvorbereitung / – Planung

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
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG18	Gynäkologische Endokrinologie
VG19	Ambulante Entbindung

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter-schleimhaut – Ausschabung	92
2 – 1	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	< 4
2 – 2	5-679	Sonstige Operation am Gebärmutterhals	< 4
2 – 3	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	< 4

## B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-5.11 Personelle Ausstattung

### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Beleg-ärztinnen und Belegärzte)	10,52	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	10,52	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,3	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,3	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	17,4	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	17,4	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,3	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	2,7	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,7	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,7	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	19,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	19,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP16	Wundmanagement

# B-6 Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie / Infektiologie

## B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie / Infektiologie

Name: Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie / Infektiologie  
Schlüssel: Innere Medizin (0100)  
Art: Hauptabteilung

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Mark Oette  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1341  
Telefax: 0221 3308-1339  
E-Mail: moette@severinskloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

## B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie / Infektiologie

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:  
Keine Vereinbarung geschlossen

## B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie / Infektiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin</b>
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI34	Elektrophysiologie
VI35	Endoskopie
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie</b>
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

Die Klinik für Allgemeine Innere Medizin versorgt ein großes Spektrum internistischer Erkrankungen. Hierzu gehören insbesondere die Allgemeine Innere Medizin, die Behandlung von gastroenterologischen, infektiologischen und neurologische Erkrankungen sowie Patienten mit Tumorerkrankungen.

### **Allgemeine Innere Medizin**

Hierzu gehören:

- Stoffwechselkrankheiten mit besonderem Schwerpunkt Diabetes mellitus, der Schilddrüsenfunktionsstörungen (einschl. der Doppler- und Duplexsonographischen Diagnostik und der Feinnadelpunktion) sowie der Fettstoffwechselstörungen
- Erkrankungen der Blutbildung, der bösartigen Erkrankungen des Knochenmarks sowie solider Tumoren. In diesem Zusammenhang ist die Diagnostik in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Köln und die Kooperation mit dem Interdisziplinären Tumorboard des Krankenhauses der Augustinerinnen hervorzuheben.
- Erkrankungen der Nieren mit bildgebender Diagnostik, Punktionen und der Möglichkeit der Blutwäsche ( CVVHD ).
- Versorgung von Schlaganfallpatienten einschl. der Frühformen zentralnervöser Durchblutungsstörungen, Diagnostik und Therapie der Demenz und degenerativer Erkrankungen sowie von Störungen des peripheren Nervensystems
- Störungen des Immunsystems und entzündliche Erkrankungen. Hier wird insbesondere die langjährige Erfahrung der Physiotherapeutischen Abteilung in der Betreuung von Patienten mit rheumatologischen Krankheitsbildern genutzt. Die neurologische Diagnostik erfolgt in Kooperation mit einer im Hause tätigen Konsilärztin. Das therapeutische Angebot umfasst die gängigen Leistungen der Inneren Medizin einschl. Diätberatung, Diabetikerschulung, Physiotherapie, Logopädie, Erarbeitung von Behandlungsplänen im Rahmen des interdisziplinären Tumorboards, Intensivmedizin einschließlich CVVHD.

### **Zu den bei gastroenterologischen Erkrankungen angebotenen Leistungen**

#### **zählen:**

- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen- und Darmtraktes, der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse mit allen gängigen diagnostischen und therapeutischen Verfahren.
- Endoskopische Untersuchungen und Interventionen, gastroenterologische Funktionsdiagnostik, Sonographie.
- Das Angebot wird ergänzt durch verschiedenste Punktionstechniken, Anlagen von Drainagen und Kathetern sowie Interventionen unter Durchleuchtung.

#### **Im Detail besteht das Leistungsspektrum der Gastroenterologie aus:**

- Diagnostik und Therapie der Erkrankungen in der Gastroenterologie und Hepatologie (Lebererkrankungen)

- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, umfassende Endoskopie einschl. verschiedener Resektionstechniken, Dünndarmbildgebung und Kapselendoskopie
- Erkrankungen der Leber mit den Schwerpunkten Bildgebung, Betreuung chronischer Lebererkrankungen, der Hepatitiden, der Fettleber und Lebertumoren
- Erkrankungen der Gallenwege, interventionelle Verfahren (ERCP)
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, Endosonographie (Ultraschall „von innen“ während einer Endoskopie)
- Erkrankungen der Milz und des Bauchfells einschl. interventioneller Verfahren
- Tumorerkrankungen der Gastroenterologie einschl. Chemotherapie, Kooperation mit Hämato-Onkologie und Strahlentherapie
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- Metabolische Erkrankungen, z.B. Gicht, Hämochromatose und M. Wilson
- Spezielle Funktionsdiagnostik und Notfallinterventionen, z.B. bei Blutungen aus dem Magen-Darm-Trakt.

**Das Spektrum der angewandten Methoden beinhaltet:**

- Spiegelung des Magen-Darmtraktes und der Gallenwege unter Durchleuchtung (ERCP)
- Oberflächen- und Gewebefärbungen, Chromoendoskopie
- Dehnungsbehandlungen der Speiseröhre, des Darmes und der Gallenwege sowie des Bauchspeicheldrüsenganges (Bougierung und Ballondilatation)
- Einsetzen von Prothesen zum Offenhalten von Hohlorganen bei gut- oder bösartigen Verengungen (Stentimplantationen)
- Polypentfernung, Entfernung oberflächlicher Veränderungen (Mukosektomie, FTRD)
- Anlage von Ernährungssonden
- Diagnostische und therapeutische Intervention der abführenden Gänge der Galle und der Bauchspeicheldrüse (ERCP)
- Ultraschall der Bauchorgane, der Schilddrüse, der Extremitäten, der Gelenke
- Kontrastmittelsonographie von Leber, Nieren und Milz
- Doppler- und Duplexsonographie der Körpergefäße
- Ultraschalluntersuchungen im Rahmen von Spiegelungen ( Endosonographie ) des oberen und unteren Magendarmtraktes

- Minimal-invasive endosonographisch geführte Gewebeentnahmen
- Kontrastmittelsonographisch geführte Punktionstechniken und Ablationsverfahren
- Kapselendoskopie
- Doppelballon-Enteroskopie des Dünndarmes
- Invasive gastroenterologische Maßnahmen, wie endosonographisch geführte Drainagen, Blutstillungsverfahren, Diathermieinzisionstechniken, ArgonPlasma-Koagulation, Gummibandapplikationen, Sklerosierungstechniken, Ableitung der Gallenwege durch die Bauchwand ( PTCD )
- Punktionen des Liquorraumes, Knochenmarkspunktionen, Einbringen von Kathetern in Pleura, Bauchraum, Harnblase und andere Körperhöhlen, Abszessdrainagen
- Lokal ablative Verfahren der Leber (einschl. RFA)
- Gastroenterologische Funktionsdiagnostik (Atemtests, Messungen der Beweglichkeit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, Säuremessungen der Speiseröhre, Transitzeitbestimmungen, Resorptionstests)
- Elastographie
- Einbringung von Patienten in multizentrische Studien.

**Zudem bestehen Möglichkeiten der intensivmedizinischen Behandlung mit nicht invasiver und invasiver Beatmung sowie einer Nierenersatztherapie.**

Zusätzlicher Versorgungsschwerpunkt ist die Diagnostik und Therapie der HIV-Infektion und ihrer Begleit- und Folgeerkrankungen (Aids), der Versorgung von Patienten mit Sepsis, Tuberkulose und anderen Mykobakterien, der Folgeerkrankungen chronischer Leberentzündungen (Hepatitis), von Tropenerkrankungen, aber auch anderen infektiologisch relevanten Krankheitsbildern. Die Klinik ist für die Koordination und fachliche Leitung der infektiologischen Kooperationen im Hause einschl. des Antibiotic Stewardship (ABS)-Teams zuständig. Regelmäßige ABS-Visiten werden durchgeführt. Die Kooperation mit dem Kölner Infektiologienetzwerk, dem ABS-Netzwerk West und dem MRE-Netzwerk Rhein-ahr ist fest etabliert. Zudem besteht eine Zusammenarbeit mit verschiedenen infektiologischen Fachgesellschaften, aber auch niedergelassenen Schwerpunktpraxen in der Infektiologie und reisemedizinisch interessierten Praxen. Neben dem Sozialdienst des Krankenhauses besteht zudem eine regelmäßige und enge Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe Köln, dem Sozialdienst katholischer Männer und dem Gesundheitsamt der Stadt Köln.

## **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 Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie / Infektiologie

Vollstationäre Fallzahl: 1.509  
 Teilstationäre Fallzahl: 0  
 Anzahl Betten: 51

## B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	133
2	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	80
3	E86	Flüssigkeitsmangel	69
4	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	67
5	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	64
6	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	61
7	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	44
8	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	41
9	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2	40
10	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	39

## B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1.199
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	740
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	696
4	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	515
5	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	464
6	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	450
7	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	372

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	270
9 – 1	5-469	Sonstige Operation am Darm	269
9 – 2	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	269

## B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Spezialsprechstunde AIDS

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V  
 Erläuterung: Behandlung von Patientinnen und Patienten mit AIDS

Nr.	Angebotene Leistung
LK16	Anlage 3 Nummer 2: Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS

### Privatsprechstunde Prof. Dr. med. Oette

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
 Erläuterung: Sprechstunde für Privatpatienten

Nr.	Angebotene Leistung
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

Nr.	Angebotene Leistung
VI35	Endoskopie
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

## Notfallbehandlung Innere Medizin

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)  
 Erläuterung: Behandlung von Patientinnen und Patienten mit akuten internistischen Beschwerden (24 h)

Nr.	Angebotene Leistung
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI40	Schmerztherapie

## Ambulanz nach § 116b

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

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-6.11 Personelle Ausstattung

### B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	15,48	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,48	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	15,48	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,98	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,98	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,98	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF28	Notfallmedizin

### B-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	24,43	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,43	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	24,43	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,67	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,67	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,67	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,92	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,92	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	3,36	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,36	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,36	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ06	Master
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP07	Geriatric
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP20	Palliative Care

# B-7 Kardiologie und internistische Intensivmedizin

## B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Kardiologie und internistische Intensivmedizin

Name: Kardiologie und internistische Intensivmedizin  
Schlüssel: Kardiologie (0300)  
Art: Hauptabteilung

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Ingo Ahrens  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1851  
Telefax: 0221 3308-1852  
E-Mail: iahrens@severinskloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

## B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Kardiologie und internistische Intensivmedizin

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:  
Keine Vereinbarung geschlossen

## B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Kardiologie und internistische Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

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
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI20	Intensivmedizin
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI34	Elektrophysiologie
VI40	Schmerztherapie

Die Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin leistet eine umfassende Versorgung internistischer Erkrankungen mit dem Schwerpunkt der Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems. Für die sofortige Behandlung lebensbedrohlicher Durchblutungsstörungen des Herzens, sprich dem akuten Herzinfarkt, sind wir 24 Stunden und an 7 Tagen in der Woche da.

Die Behandlung von Durchblutungsstörungen und Herzinfarkt erfolgt in unseren beiden Herzkatheter-Laboren ausgestattet mit modernster Strahlungsarmer Technologie und allen Möglichkeiten der funktionellen (FFR, iFR, RFR) sowie intravaskulären (IVUS, OCT) Koronardiagnostik..

Unser Haus ist als Interventionshaus Mitglied des Kölner Infarktmodells (KIM). Dahinter steht eine enge Kooperation zwischen dem städtischen Rettungsdienst und 16 Kölner Kliniken. Ziel des Kooperationsprojekts ist die Sicherstellung und fortlaufende Weiterentwicklung der Versorgungsqualität für Patienten mit einem akuten Herzinfarkt und die frühzeitige Behandlung mithilfe eines Katheters.

Zu dem gesamten Spektrum der interventionellen kardiologischen Diagnostik und Therapie bieten wir eine umfassende nicht-interventionelle Diagnostik von Herz- und Kreislauferkrankungen an, die auch Vorsorgeuntersuchungen einschließt.

### **Kardiologie:**

Folgende Erkrankungen werden in der Kardiologie behandelt:

- Arterielle Hypertonie
- Herzinsuffizienz (Herzschwäche in der Folge von Herz- oder Gefäßkrankheiten)
- Herzrhythmusstörungen
- Durchblutungsstörungen des Herzens
- Erkrankungen des rechten Herzens (z. B. pulmonale Hypertonie)

- Strukturelle Herzerkrankungen (wie z. B. Aortenklappenstenose inklusive interventioneller Aortenklappenersatz, Mitralklappeninsuffizienz)

- Bei Kontraindikation gegen eine dauerhafte Antikoagulation kann ein kathetergestützter Verschluss des linken Vorhofohres erfolgen.

### **Folgende diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden in der**

#### **Kardiologie angeboten:**

- Ruhe- und Belastungs-EKG, Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Spiroergometrie
- Echokardiographie, Stress-Echokardiographie
- Transösophageale Echokardiographie / Schluckecho
- Kardio-MRT
- Kardio-CT
- Schrittmacherkontrolle.

### **Im Herzkatheterlabor werden folgende Leistungen erbracht:**

#### **Diagnostik**

- Rechtsherz-Katheter (mit Drucksenkungsprotokoll bei pulmonaler Hypertonie)
- Linksherz-Katheter (diagnostische Darstellung der Koronargefäße)
- Myokardbiopsie
- Intravaskulärer Ultraschall (IVUS)
- Messung der fraktionellen Koronarflussreserve (FFR, iFR, RFR)
- Optische Kohärenz-Tomographie (OCT).

#### **Interventionelle Therapie**

- Perikardpunktion
- elektrische/pharmakologische Kardioversion
- Interventionelle Therapie der Koronargefäße inkl. Therapie bei chronischem Verschluss der Koronararterien (CTO)

- Hochrisiko Eingriffe an den Koronararterien mit temporärer Unterstützung durch ein, über das Gefäßsystem einführbares, Herzunterstützungssystem (Impella®)
- Implantation von Koronarstents inkl. bioresorbierbaren Gefäßgerüsten (BVS)
- Implantation von Herzschrittmachern
- Interne kardiale Defibrillatoren (ICD)
- Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)
- Implantation von Transkatheter-Aortenklappen (TAVI), in Kooperation mit der Uniklinik Köln
- Interventioneller Verschluss des linken Vorhofs (LAA-Okkluder).

## 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 Kardiologie und internistische Intensivmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 1.418  
 Teilstationäre Fallzahl: 0  
 Anzahl Betten: 25

## B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	256
2	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	241
3	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	174
4	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	155
5	I21	Akuter Herzinfarkt	121
6	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	107
7	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	48
8	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	41

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	I95	Niedriger Blutdruck	29
10	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	28

## B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	899
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	822
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	800
4	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	779
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	396
6	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE	356
7	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	211
8	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	180
9	3-031	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) durch Ansetzen des Ultraschallkopfes auf den Brustkorb (transthorakal) bei körperlicher Belastung	142
10	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	83

## B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Privatsprechstunde Prof. Dr. med. Ahrens

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
 Erläuterung: Sprechstunde für Privatpatientinnen und Patienten

### Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-7.11 Personelle Ausstattung

### B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Beleg-ärztinnen und Belegärzte)	17,7	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,7	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	17,7	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,58	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8,58	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

### B-7.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	12,95	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,95	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	12,95	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,68	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,68	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,68	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,18	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,18	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,18	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	1,29	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,29	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,29	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ06	Master
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP07	Geriatric
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP20	Palliative Care

# B-8 Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin

## B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin

Name: Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin  
Schlüssel: Pneumologie (0800)  
Art: Hauptabteilung

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Urte Sommerwerck  
Funktion / Chefärztin  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1343  
Telefax: 0221 3308-1348  
E-Mail: usommerwerck@severinskloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

## B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin

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:  
Keine Vereinbarung geschlossen

## B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin

### Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin

VI01 Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten

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
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI20	Intensivmedizin
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VI35	Endoskopie
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie

### **Versorgungsschwerpunkte**

- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen / Schlafmedizin
- Zertifiziertes Weaningzentrum
- Schmerztherapie.

### **Folgende Erkrankungen werden in der Pneumologie behandelt:**

- Pneumologie/Allergologie:
- Chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem / COPD
- Asthma bronchiale
- Interstitielle Lungenerkrankungen

- Infektiöse Lungenerkrankungen
- Tuberkulose der Lunge und extrapulmonaler Organe einschließlich der multiresistenten Formen sowie der nichttuberkulösen Mykobakterien
- Behandlungsschwerpunkt für Bronchiektasen
- Erkrankungen der Lunge bei Immunmangel und Fehlsteuerung der Immunregulation (Autoimmunerkrankungen)
- Alpha-1-Antitrypsinmangel
- Patienten vor und nach Lungentransplantation
- Pulmonale Hypertonie
- Berufsbedingte Lungenerkrankungen (Silikose, Asbestose etc.)
- Erkrankungen des Rippenfells mit Pneumothorax, Pleuraerguss und Pleuraempyem in Zusammenarbeit mit der Thoraxchirurgie des Hauses
- Sauerstofflangzeittherapie und Heimbeatmung
- Erkennung und Behandlung gutartiger und bösartiger Tumoren der Lunge und der Bronchien, Tumoren des Rippenfells und des Zwerchfells, Tumoren des Mediastinums
- Brustwand und Brustkorbdeformitäten in Zusammenhang mit der Thoraxchirurgie im Hause
- Erkennung und Behandlung allergologischer Erkrankungen.
- Anaphylaxiediagnostik und Therapie
- pulmonale Kachexie und Adipositas
- pulmonal bedingte Myopathie
- neuromuskuläre Erkrankungen Pulmonal und neurologisch bedingte respiratorische und ventilatorische Insuffizienz

**Folgende diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden in der**

**Pneumologie angeboten:**

- Videobronchoskopie
- Starre Bronchoskopie mit Jetventilation
- Stentimplantation

- Transbronchiale Lungenbiopsie
- Kryobiopsie, Argonplasmakoagulation
- Bronchoalveoläre Lavage
- Endobronchialer Ultraschall (EBUS), Minisonde
- Interventionelle Bronchoskopie in Narkose zur Behandlung von Tumoren (Tumorabtragung), zur Blutstillung und zur Fremdkörperentfernung
- Umfangreiche Lungenfunktionsdiagnostik inkl. Ganzkörperplethysmographie, Messung der Diffusionskapazität der Lunge, Atemantriebsmessung zur Feststellung von Störungen der Atempumpe,
- Blutgasanalyse, Spiroergometrie sowie bronchiale und nasale Provokationstestungen
- Kutane Diagnostik von Insektengift-, Nahrungsmittel-, ungewöhnlichen Inhalations- und Medikamentenallergien (Prick Test, Prick to Prick Test, Scratch Test, Epikutantest, Intracutantest)
- Serologische Diagnostik (Bestimmung von Eosinophiles Kationisches Protein (ECP), Tryptase, Gesamt IgE, spezifisches IgE einschließlich molekularer Allergenkomponenten, individuelle Allergenkopplungen, Immuno Solid Phase Allergenchip (ISAC), zellulärer Antigen-Stimulationstest (CAST), spez. Typ-III-Allergie-Diagnostik, Lymphozyten-Transformations-Test (LTT))
- Direkteinweisungen zu stationären Immuntherapien, Expositionstestungen (Medikamente, Nahrungsmittel) und Provokationstestungen (oral,nasal, konjunktival)
- NO-Messung
- Belastungspulsoximetrie und 6-Minutengehtest
- umfangreiche allergologische Diagnostik im Rahmen der Anaphylaxiesprechstunde
- Thoraxsonographie zur Erkennung von Erkrankungen der Brustwand einschl. der ultraschallgesteuerten Punktion der Thoraxwand, des Rippenfells und Lungenfells sowie thoraxwandnaher Lungenrundherde
- Thorakoskopie zur Erkennung und Behandlung von Rippenfell- und Lungenfellerkrankungen (in Kooperation mit der chirurgischen Abteilung).
- Ph-Metrie und Manometrie ( in Kooperation mit der gastroenterologischen Abteilung)
- Kompetenzzentrum ‚stiller Reflux‘
- FEES- (Flexible endoskopische Evaluation des Schluckens)
- Medizinische Trainingstherapie, KG am Gerät stationär und ambulant

### **Beatmungsmedizin:**

Folgende beatmungsmedizinische Behandlungen werden durchgeführt:

- Nicht-invasive und invasive Beatmung bei akuter respiratorischer Insuffizienz (auf der Intensivstation)
- Respiratorentwöhnung im spezialisierten Weaningzentrum
- Elektive Einleitung einer nicht-invasiven Beatmung bei chronischer respiratorischer Insuffizienz.
- Medizinische Trainingstherapie unter nichtinvasiver Beatmung

### **Schlafmedizin:**

Unser schlafmedizinisches Zentrum ist seit 1998 von der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) akkreditiert und nimmt seither regelmäßig an den Qualitätskontrollen teil. Folgende Erkrankungen werden in der Schlafmedizin behandelt:

- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- Zentrales Schlafapnoe-Syndrom bei Herzerkrankungen oder neurologischen Erkrankungen (s. g. Cheyne-Stokes-Atmung)
- Hypersomnie
- Insomnie
- Restless-legs-Syndrom (in Zusammenarbeit mit unseren neurologischen Konsiliarärzten)
- Refluxdiagnostik und Therapie mit CPAP

### **Folgende schlafmedizinische Untersuchungen werden durchgeführt:**

- Stationäre und mobile Polysomnographie
- Polygraphie
- Multipler Schlaflatenztest
- Multipler Wachbleibetest
- Vigilanztestung
- Nächtliche transcutane CO<sub>2</sub>-Messung (Kapnometrie).

## 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 Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 1.378  
Teilstationäre Fallzahl: 0  
Anzahl Betten: 60

## B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	417
2	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	120
3	G47	Schlafstörung	100
4	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	94
5	J84	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge	73
6	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	68
7	J47	Sackförmige Erweiterungen der Bronchien – Bronchiektasen	41
8	E66	Fettleibigkeit, schweres Übergewicht	36
9	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	33
10 – 1	R06	Atemstörung	30
10 – 2	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	30

## B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	1.416

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
2	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörperplethysmographie	1.193
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	514
4	1-843	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	447
5	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	317
6	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	277
7	8-716	Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung	276
8	1-426	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphdrüsen, Milz bzw. Thymusdrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	190
9	3-05f	Ultraschall der Lunge mit Zugang über die Atemwege	185
10	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	175

## B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Privatsprechstunde Frau Dr. med. Somerwerck

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
 Erläuterung: Sprechstunde für Privatpatientinnen und Privatpatienten

Nr.	Angebote ne Leistung
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien

### Pneumologische Notfallbehandlung

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)  
 Erläuterung: Behandlung von Patientinnen und Patienten mit akuten pneumologischen Erkrankungen (24 h)

Nr.	Angebote ne Leistung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

Nr.	Angebotene Leistung
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI20	Intensivmedizin
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-8.11 Personelle Ausstattung

### B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Beleg-ärztinnen und Belegärzte)	13,99	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,99	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	13,99	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,43	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,43	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8,43	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
AQ23	Innere Medizin
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie
AQ42	Neurologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF39	Schlafmedizin

## B-8.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	36,86	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	36,86	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	36,86	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,81	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,81	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,81	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	2,66	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,66	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,66	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	2,72	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ06	Master
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP07	Geriatric
ZP13	Qualitätsmanagement

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzqualifikationen</b>
ZP22	Atmungstherapie
ZP16	Wundmanagement
ZP20	Palliative Care

# B-9 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

## B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Name: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde  
Schlüssel: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (2600)  
Art: Belegabteilung

### Belegärztinnen und Belegärzte

Name: Dr. med. Gero Quante  
Funktion / Belegarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1552  
Telefax: 0221 3308-1558  
E-Mail: gero.quante@links-vom-rhein.de  
Straße: Schillingsrotter Str. 39-45  
PLZ / Ort: 50996 Köln

Name: Dr. med. Tobias Berg  
Funktion / Belegarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1552  
Telefax: 0221 3308-1558  
E-Mail: hno@klinik-am-ring.de  
Straße: Hohenstaufenring 28  
PLZ / Ort: 50674 Köln

Name: Dr. med, Sodeur Staphan  
Funktion / Belegarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1552  
Telefax: 0221 3308-1558  
E-Mail: hno@klinik-am-ring.de  
Straße: Hohenstaufenring 28  
PLZ / Ort: 50674 Köln

Name: Dr. med. Uwe Parpat  
Funktion / Belegarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1552  
Telefax: 0221 3308-1558  
E-Mail: nfo@hno-dr-parpart.de  
Straße: Mühlenbach 2  
PLZ / Ort: 50676 Köln

#### **Kontakt Daten der Belegärzte:**

##### **Dr. Gero Quante, Dr. Stephan Leuwer**

Klinik Links vom Rhein, Schillingsrotter Str. 39-45, 50996 Köln (Rodenkirchen)

Telefon: 0221 39800148 – Fax: 0221 39800141

##### **Dr. Tobias Berg, Dr. Stephan Sodeur**

Klinik am Ring, Hohenstaufenring 28, 50674 Köln

Telefon: 0221 92424240 – Fax: 0221 92424245

##### **Dr. Uwe Parpart**

Mühlenbach 2, 50676 Köln

Telefon: 0221 241409 – Fax: 0221 4204907

## **B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

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:  
Keine Vereinbarung geschlossen

## **B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH03	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
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
VH14	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH15	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen

**Folgende Leistungen werden angeboten:**

- Entfernung von Rachen- und Gaumenmandeln.
- Eingriffe bei Behinderung der Nasenatmung (Nasenscheidewandverkrümmung).
- Entzündliche Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.
- Entzündliche Erkrankungen des Mittelohres (Paukendrainage).
- Ambulante Operationen

## 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 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 158  
 Teilstationäre Fallzahl: 0  
 Anzahl Betten: 5

## B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	65
2	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	60
3	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	21

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
4 – 1	R04	Blutung aus den Atemwegen	< 4
4 – 2	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	< 4
4 – 3	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	< 4
4 – 4	C01	Krebs des Zungengrundes	< 4
4 – 5	C08	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen	< 4
4 – 6	J31	Lang anhaltende (chronische) Nasenschleimhautentzündung, Nasenrachenentzündung bzw. Rachenentzündung	< 4
4 – 7	C04	Mundbodenkrebs	< 4
4 – 8	C07	Ohrspeicheldrüsenkrebs	< 4
4 – 9	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4
4 – 10	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4

## B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1 – 1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	116
1 – 2	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	116
3	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	70
4	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) – Tonsillektomie ohne Adenotomie	13
5	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	9
6	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	8
7	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	7
8	8-504	Behandlung einer Scheidenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade), nicht im Rahmen einer Geburt	6
9	5-275	Operative Korrektur des harten Gaumens – Palatoplastik	4
10 – 1	8-502	Behandlung einer Mastdarmblutung (Rektumblutung) durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	< 4
10 – 2	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	< 4
10 – 3	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	< 4
10 – 4	5-221	Operation an der Kieferhöhle	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10 – 5	5-291	Operation an meist flüssigkeitsgefüllten Hohlräumen im Halsbereich, die sich bis zur Geburt nicht vollständig verschlossen haben (Kiemengangreste)	< 4
10 – 6	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	< 4
10 – 7	5-065	Operative Entfernung einer nach Geburt verbliebenen Verbindung zwischen Schilddrüse und Zunge	< 4
10 – 8	5-284	Operative Entfernung oder Zerstörung einer Zungenmandel	< 4
10 – 9	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	< 4
10 – 10	5-251	Operative Entfernung von Teilen der Zunge	< 4
10 – 11	5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	< 4
10 – 12	5-180	Operativer Einschnitt in das äußere Ohr	< 4
10 – 13	5-289	Sonstige Operation an Gaumen- bzw. Rachenmandeln	< 4
10 – 14	5-294	Sonstige wiederherstellende Operation am Rachen	< 4
10 – 15	5-230	Zahntfernung	< 4

## B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten können unter den Kontaktdaten der verschiedenen unter HNO B-8.1 aufgeführten Belegärzte erfragt werden.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-9.11 Personelle Ausstattung

### B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

	Anzahl <sup>1</sup>
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	4

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

### B-9.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0,54	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,54	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,54	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,01	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,01	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,08	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,03	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,03	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ06	Master
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement

# B-10 Anästhesie und operative Intensivmedizin

## B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Anästhesie und operative Intensivmedizin

Name: Anästhesie und operative Intensivmedizin  
Schlüssel: [Bitte Bezeichnung eingeben] (3790)  
Telefon: 0221 3308-1004  
E-Mail: kwittke@severinkloesterchen.de

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Priv. Doz. Dr. med. Stefan Padosch  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1309  
Telefax: 0221 3308-1315  
E-Mail: spadosch@severinkloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

## B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Anästhesie und operative Intensivmedizin

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:  
Keine Vereinbarung geschlossen

## B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Anästhesie und operative Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Komplexe Akutschmerzbehandlung
VX00	Komplexe Behandlung auf der Intensivstation
VX00	Nierenersatztherapie

## **Anästhesie**

Die Abteilung versorgt die Operationssäle des Zentral-OP, zwei geburtshilfliche Sectio-OPs, den Aufwachraum sowie Patienten, die auf der interdisziplinären Intensivstation betreut werden. Darüber hinaus werden an entsprechenden Außenarbeitsplätzen die pneumologische und gastroenterologische Funktionsdiagnostik sowie das Herzkatheterlabor anästhesiologisch für Sedierungen und Allgemein- anästhesien betreut. Die Abteilung stellt neben der schmerztherapeutischen Versorgung in der Geburtshilfe/Kreißsaal auch die schmerztherapeutische Versorgung aller postoperativen Patienten des Krankenhauses sicher. Zur Anwendung kommen alle gebräuchlichen Formen der modernen Allgemein- und Regionalanästhesie (inkl. ultraschallgestützter Techniken). Für die Anästhesien bei Kindern sowie deren postoperativer Versorgung verfügt die Abteilung neben in der Pädiatrie besonders geschultem und erfahrenem ärztlichen und pflegerischen Personal auch über die dafür notwendige apparative Ausstattung. Weiterhin kommen alle modernen blutsparenden Maßnahmen zum Einsatz. So wird bei größeren operativen Eingriffen durch den Einsatz der maschinellen Autotransfusion das während der Operation verlorene Blut nach entsprechender Aufbereitung den Patienten retransfundiert. Es ist ein Patient Blood Management Konzept etabliert

## **Intensivmedizin**

Die 18 Betten umfassende interdisziplinäre Intensivstation steht unter der organisatorischen Leitung der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie. Die moderne Einrichtung erlaubt umfassende intensivmedizinische Maßnahmen wie u.a. künstliche Beatmung (invasiv und nicht-invasiv), differenzierte Kreislaufüberwachung und die Nierenersatztherapie. Die Versorgung der Patienten erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Kollegen der jeweiligen Abteilungen. Eine wöchentliche, interdisziplinäre infektiologische Visite findet ebenfalls statt.

## **Schmerztherapie**

In der postoperativen Schmerztherapie werden kontinuierliche und diskontinuierliche Nervenblockaden abhängig vom operativen Eingriff und von den Vorerkrankungen der Patienten eingesetzt. (Spinal- und -periduralanästhesien, distale Ischiadikusblockaden, N. femoralis-Blockaden, unterschiedliche Formen zur Schmerzblockade der oberen Extremitäten, Kathetertechniken usw.) Hierbei kommen moderne, patientengesteuerte Schmerzpumpen (PCA-Pumpen) zum Einsatz. Die 24h-Verfügbarkeit eines Anästhesisten sowie die täglich von einem Arzt der Anästhesieabteilung durchgeführte Schmerzvisite stellen eine optimale Versorgung der Patienten mit Schmerzkathetern sicher. Im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt die tägliche Kontrolle und Optimierung der durchgeführten Schmerztherapien

## **Notfallmedizin**

Die Abteilung für Anästhesie leistet federführend die innerklinische Notfallversorgung (Reanimationsteam) am Krankenhaus der Augustinerinnen. Ein qualifiziertes Notfallteam bestehend aus Ärzten der Intensivstation sowie Intensivpflegekräften ist rund um die Uhr über zentrale Notfallnummer erreichbar und für die Versorgung sämtlicher akut kritisch erkrankten Notfallpatienten des gesamten Krankenhauses zuständig. An der Versorgung kritisch kranker Patienten des Schockraumes ist die Abteilung für Anästhesie mit jeweils zwei Ärzten (Arzt in Weiterbildung, Facharzt) beteiligt. Ärzte der Abteilung führen jährlichen Personalschulungen in kardiopulmonaler Reanimation (Basic- und Advanced-Life-Support) für das gesamte Personal des Krankenhauses. Für Ärzte in Weiterbildung besteht die Möglichkeit zum Erlangen der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und zu einer halbjährlichen Rotation zum Rettungsdienst der Stadt Köln teilzunehmen.

## 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 Anästhesie und operative Intensivmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 0  
Teilstationäre Fallzahl: 0  
Erläuterungen: Die Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin ist nicht bettenführend.

## B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	974
2	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	822
3	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	733
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	459
5	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	411
6	8-911	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Subarachnoidalraum)	149
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	139
8	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	79
9	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	58

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle – Dialyse	40

## B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Vorbereitung zur Gewinnung und Wiederverabreichung von Eigenblut vor geplanten / nicht notfallmäßigen großen Operationen.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-10.11 Personelle Ausstattung

### B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	21,58	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	21,58	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,15	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,15	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6,15	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0	

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

## B-10.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	8,72	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP13	Qualitätsmanagement

# B-11 Radiologie

## B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Radiologie

Name: Radiologie  
Schlüssel: Radiologie (3751)

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Frank Schellhammer  
Funktion / Diagnostische und interventionelle Radiologie  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 3308-1361  
Telefax: 0221 3308-1369  
E-Mail: fschellhammer@severinskloesterchen.de  
Straße: Jakobstr. 27-31  
PLZ / Ort: 50678 Köln

## B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Radiologie

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:  
Keine Vereinbarung geschlossen

## B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR07	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR25	Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie
VR44	Allgemein: Teleradiologie
VR47	Allgemein: Tumorembolisation

### **Konventionelle Röntgendiagnostik** Röntgengerät Ysio (Siemens)

Die digitale Radiographie erlaubt Röntgendiagnostik sämtlicher Skelettanteile mit niedriger Strahlenexposition.

- Volldigitales Röntgensystem (Röntgengerät Siemens)
- Bucky-Arbeitsplatz Multix (Siemens), Speicherfolie
- Mobiles Röntgengerät TMXplus (GE), Speicherfolie
- Angiographiegerät.

Die konventionelle Röntgendiagnostik versorgt vollumfänglich die Kliniken und Ambulanzen des Krankenhauses der Augustinerinnen. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt in der traumatologischen und orthopädischen Röntgendiagnostik.

### **Konventionelle Röntgendurchleuchtung** Durchleuchtungsgerät Multitom Rax (Siemens)

- Diagnostik des gesamten Magen-Darm-Trakt einschließlich von Untersuchungen in Doppelkontrasttechnik.
- Defäkographie mit speziell entwickeltem Untersuchungsstuhl.
- Kontrastmitteldarstellungen von Gangsystemen, Hohlräumen und Fisteln.
- Kontrastmitteldarstellung der ableitenden Harnorgane
- Kontrastmitteldarstellung des gesamten Spinalkanals (Myelographie)

### **Invasive Gefäßdarstellung und –Therapie** Angiographiegerät Allura (Philips)

- Kontrastmitteldarstellung zentraler und peripherer Venen ( Phlebographien)
- Kontrastmitteldarstellung zentraler und peripherer Venen (Arteriographie)
- Transarterielle und transvenöse Interventionen (Stentimplantation, Chemoembolisation der Leber, Embolisation von Uterusmyomen, Embolisation von akuten arteriellen Blutungen)
- Durchleuchtungs-kontrollierte Implantation peripherer zentralvenöser Katheter

#### **Computertomographie** Spiral-CT Emotion Perspective 128 (Siemens)

Schnittbilddiagnostik des gesamten Körpers mit hoch auflösenden Rekonstruktionen in sämtlichen Raumrichtungen und 3D einschließlich von Gefäßdarstellungen des gesamten Körpers. Ein Schwerpunkt liegt in der pulmonologischen Bildgebung sowie in der Niedrigdosis-Computertomographie, die insbesondere bei jungen Patienten und bei Verlaufskontrollen angewendet wird. CT-gesteuerte Interventionen (Schmerztherapie, Probepunktionen, Drainagen, Tumorablation, Zementierung von Insuffizienzfrakturen des Achsenskelettes).

#### **Magnetresonanztomographie** 1,5T Magnetresonanztomograph Aera (Siemens)

Schnittbilddiagnostik des gesamten Körpers mit hoch auflösenden Rekonstruktionen in sämtlichen Raumrichtungen und 3D einschließlich von Gefäßdarstellungen des gesamten Körpers. Ein Schwerpunkt liegt in der Neuroradiologie, der muskuloskelettalen Radiologie sowie der Herzbildgebung. Spezielle Untersuchungsstrategien erlauben es auch prothetisch versorgte Gelenke in guter Qualität zu untersuchen. Der große Durchmesser des Tomographen führt zu einer hohen Patiententoleranz der Untersuchung gegenüber Geräten anderer Hersteller.

#### **Digitales Archivierungssystem** Portal/Plaza (Siemens)

Die Röntgenabteilung ist vollständig digitalisiert. Jedes Röntgenbild kann überall in der Klinik von den behandelnden Ärzten gesehen und z.B. für eine Operationsplanung bearbeitet werden. Durch Spracherkennung gelingt es in der Regel sämtliche Befunde eines Arbeitstages zeitnah den behandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen.

## **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 Radiologie**

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Erläuterungen:	Die Klinik für Radiologie ist nicht bettenführend.

## B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	3.265
2	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	811
3	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	754
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	737
5	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	653
6	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	544
7	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	501
8	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	305
9	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	290
10	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	270

## B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Radiologische Notfalluntersuchungen

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Erläuterung: Radiologische Notfalluntersuchungen (24 h)

Nr.	Angebotene Leistung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

Nr.	Angebotene Leistung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR44	Allgemein: Teleradiologie

## Radiologische Privatsprechstunde Dr. med. Schellhammer

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
 Erläuterung: Radiologische Privatsprechstunde Dr. med. Schellhammer

Nr.	Angebotene Leistung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR44	Allgemein: Teleradiologie
VR47	Allgemein: Tumorembolisation

Die Inanspruchnahme Röntgen- bzw. CT- als auch MRT- diagnostischer Leistungen ist bei ambulanten Patienten – nach einer entsprechenden Indikationsstellung durch die Kliniken des Hauses – jederzeit über die Notfallambulanz oder die verschiedenen Sprechstunden der Kliniken möglich. Privatpatienten können auch ohne vorherige Vorstellung über die Klinik bzw. deren Ambulanzen mit einer Überweisung durch den behandelnden Arzt einen Termin zur Untersuchung vereinbaren.

## 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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer stationären Versorgung Im Rahmen einer stationären BG-Zulassung ist in der Unfallchirurgie vorhanden.

## B-11.11 Personelle Ausstattung

### B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Beleg-ärztinnen und Belegärzte)	5,01	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,01	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,01	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,02	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,02	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,02	Alle hier genannten Ärzte sind auch für die ambulante Versorgung verantwortlich
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0	

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

### B-11.11.2 Pflegepersonal

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

# Qualitätssicherung

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

### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Anz. SO <sup>1</sup>
Herzschrittmacher-Implantation	47	100,00%	47
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	16	100,00%	18
Herzschrittmacher-Revision/–Systemwechsel/–Explantation	6	100,00%	6
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	21	100,00%	21
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	< 4		< 4
Gynäkologische Operationen	316	100,00%	317
Geburtshilfe	2.012	99,95%	2.011
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	58	100,00%	61
Mammachirurgie	4	100,00%	4
Dekubitusprophylaxe	162	100,00%	168
Herzchirurgie	< 4		< 4
Hüftendoprothesenversorgung	449	100,00%	449
– Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	409	100,00%	409
– Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	44	100,00%	44
Knieendoprothesenversorgung	208	100,00%	208
– Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	194	100,00%	194
– Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	14	100,00%	14
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	568	100,00%	573
Ambulant erworbene Pneumonie	186	100,00%	192

<sup>1</sup> Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze).

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <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>
Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	0,26 % 0,18 – 0,38	≤ 3,80 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 167)	98,92 % 98,83 – 99	≥ 95,00 %	100 % ○ 72,25 – 100	R10 ○ 10 /10 (entf.)
Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten				
Qualitätsindikator / DEQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	1,06 % 0,94 – 1,2	≤ 2,90 % (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten				
Qualitätsindikator / DEQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	1,67 % 1,51 – 1,84	≤ 3,78 % (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird: Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten				
Qualitätsindikator / DEQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	0,68 % 0,57 – 0,8	≤ 1,94 % (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ 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>
Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird: Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind				
Transparenzkennzahl / DEQS nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 168)	1,89 % 1,73 – 2,08	-	entf. entf.	- entf.
Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DEQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 168)	1,01 0,93 – 1,11	≤ 2,14 (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	95,07 % 94,99 – 95,16	≥ 93,53 % (5. Perzentil)	96,44 % ↻ 93,61 – 98,23	R10 ○ 244 /253 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	61,88 % 61,68 – 62,08	≥ 36,30 % (5. Perzentil)	79,19 % ⚡ 72,69 – 84,73	R10 ○ 137 /173 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 168)	0,93 0,9 – 0,95	≤ 1,14 (95. Perzentil)	0,86 ↻ 0,18 – 2,77	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>
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 168)	0,9 0,89 – 0,91	≤ 1,60 (95. Perzentil)	0,58 ➡ 0,37 – 0,86	R10 ○ 22 /342 (38,11)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 168)	0,92 0,91 – 0,93	≤ 1,54 (95. Perzentil)	0,82 ➡ 0,58 – 1,14	R10 ○ 34 /255 (41,25)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	0,24 % 0,23 – 0,25	≤ 0,25 % (90. Perzentil)	entf. ➡ entf.	R10 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	93,25 % 93 – 93,49	≥ 93,26 % (5. Perzentil)	100 % ➡ 82,74 – 100	R10 ○ 13 /13 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	18,19 % 17,71 – 18,68	≤ 24,94 % (95. Perzentil)	entf. ➡ entf.	R10 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	4,76 % 4,7 – 4,82	≤ 7,60 % (95. Perzentil)	2,63 % ➡ 1,31 – 4,75	R10 ○ 9 /342 (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>
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 6</u> (S. 169)	74,55 % 74,09 – 75,01	≥ 63,22 % (5. Perzentil)	91,67 % ➡ 67,15 – 99,09	R10 ○ 11 /12 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 6</u> (S. 169)	3,21 % 3,03 – 3,4	≤ 8,78 % (95. Perzentil)	0 % ➡ 0 – 18,53	R10 ○ 0 /12 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	29,94 % 29,74 – 30,15	≤ 44,87 % (95. Perzentil)	32,22 % ➡ 25,72 – 39,29	R10 ○ 58 /180 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	11,14 % 11,03 – 11,26	≤ 19,27 % (95. Perzentil)	1,95 % ➡ 0,75 – 4,23	R10 ○ 5 /256 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	0,96 % 0,89 – 1,04	≤ 2,60 %	0 % ○ 0 – 7,56	R10 ○ 0 /47 (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>
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 169)	99,54 % 99,49 – 99,59	≥ 90,00 %	100 % ○ 92,44 – 100	R10 ○ 47 /47 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 8</u> (S. 170)	88,41 % 88,2 – 88,62	≥ 60,00 %	96,92 % ○ 89,46 – 99,15	R10 ○ 63 /65 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 9</u> (S. 170)	96,4 % 96,26 – 96,54	≥ 90,00 %	100 % ○ 92,44 – 100	R10 ○ 47 /47 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	53,31 % 52,95 – 53,67	-	21,28 % 11,99 – 34,9	- 10 /47 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 11</u> (S. 171)	95,38 % 95,3 – 95,46	≥ 90,00 %	100 % ○ 97,93 – 100	R10 ○ 182 /182 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	0,87 0,85 – 0,9	≤ 3,36 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 1,02	R10 ○ 0 /47 (3,47)

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>
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	0,96 0,9 – 1,02	≤ 3,98 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 24,53	R10 ○ 0 /47 (0,14)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	1,42 % 1,34 – 1,51	≤ 3,00 %	0 % ○ 0 – 7,56	R10 ○ 0 /47 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmus- störungen: Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	0,86 % 0,74 – 1	≤ 2,50 %	0 % ○ 0 – 15,46	R10 ○ 0 /21 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmus- störungen: Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 167)	91,55 % 91,22 – 91,86	≥ 60,00 %	100 % ○ 85,69 – 100	R10 ○ 23 /23 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmus- störungen: Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 172)	97,7 % 97,49 – 97,9	≥ 90,00 %	100 % ○ 84,54 – 100	R10 ○ 21 /21 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmus- störungen: Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 14</u> (S. 173)	91,97 % 91,58 – 92,34	≥ 90,00 %	100 % ○ 84,54 – 100	R10 ○ 21 /21 (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>
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	53,76 % 53,05 – 54,48	-	entf. entf.	- entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	0,83 0,79 – 0,87	≤ 2,53 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 1,63	R10 ○ 0 /21 (1,99)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	0,97 0,81 – 1,16	≤ 6,01 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 48,89	R10 ○ 0 /21 (0,07)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	0,77 % 0,66 – 0,91	≤ 3,00 %	0 % ○ 0 – 15,46	R10 ○ 0 /21 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 15</u> (S. 174)	96,26 % 96,11 – 96,4	≥ 90,00 %	100 % ○ 92,87 – 100	R10 ○ 50 /50 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	97,65 % 97,57 – 97,72	≥ 90,00 %	99,72 % ○ 98,46 – 99,95	R10 ○ 362 /363 (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>
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	92,06 % 91,65 – 92,45	≥ 86,00 %	93,02 % ○ 81,39 – 97,6	R10 ○ 40 /43 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	2,31 % 2,24 – 2,38	≤ 7,59 % (95. Per- zentil)	1,65 % ○ 0,76 – 3,56	R10 ○ 6 /363 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	4,69 % 4,53 – 4,86	≤ 11,11 % (95. Per- zentil)	8 % ○ 3,15 – 18,84	R10 ○ 4 /50 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	1,44 % 1,39 – 1,5	≤ 6,67 % (95. Per- zentil)	1,69 % ○ 0,77 – 3,63	R10 ○ 6 /356 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	7,48 % 7,08 – 7,9	≤ 19,43 % (95. Per- zentil)	10,53 % ○ 4,17 – 24,13	R10 ○ 4 /38 (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>
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungen-entzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 172)	1,03 1,01 – 1,05	≤ 2,25 (95. Per- zentil)	0,82 ○ 0,33 – 1,94	R10 ○ 4 / 50 (4,85)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehl- lage, peri- prothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 174)	1,06 1 – 1,12	-	1,35 0,46 – 3,6	- entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wund- infektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 174)	0,94 0,88 – 0,99	-	1,43 0,49 – 3,78	- entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 172)	0,99 0,95 – 1,03	≤ 1,98 (95. Per- zentil)	1,38 ○ 0,65 – 2,7	R10 ○ 6 / 43 (4,34)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 167)	0,05 % 0,04 – 0,06	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 1,14	R10 ○ 0 / 334 (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>
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 174)	1,04 1,01 – 1,08	-	0,42 0,07 – 2,21	- entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 172)	1,06 1,04 – 1,09	≤ 2,56 (95. Perzentil)	1,07 ○ 0,57 – 2,01	R10 ○ 9 /415 (8,41)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 167)	97,09 % 97,01 – 97,17	≥ 90,00 %	100 % ○ 98,84 – 100	R10 ○ 328 /328 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 167)	8,82 % 8,6 – 9,05	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 167)	97,97 % 97,89 – 98,05	≥ 90,00 %	100 % ○ 97,79 – 100	R10 ○ 170 /170 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 167)	92,25 % 91,75 – 92,72	≥ 86,00 %	100 % ○ 78,47 – 100	R10 ○ 14 /14 (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>
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	97,52 % 97,31 – 97,72	≥ 90,00 %	100 % ○ 86,68 – 100	R10 ○ 25 /25 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	1,07 % 1,02 – 1,12	≤ 4,55 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	3,2 % 2,9 – 3,54	≤ 11,45 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	1 % 0,95 – 1,05	≤ 4,20 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	4,19 % 3,84 – 4,56	≤ 14,29 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	1,22 1,15 – 1,31	≤ 5,66 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 4,73	R10 ○ 0 /202 (0,80)

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>
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 167)	0,04 % 0,03 – 0,05	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 1,88	R10 ○ 0 /200 (entf.)
Geburtshilfe: Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 167)	96,53 % 96,07 – 96,94	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Geburtshilfe: Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 175)	0,22 % 0,14 – 0,33	Sentinel Event	0 % ☹ 0 – 22,81	R10 ○ 0 /13 (entf.)
Geburtshilfe: Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 175)	97,17 % 96,95 – 97,38	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Geburtshilfe: Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 175)	100 % 99,87 – 100	-	100 % 56,55 – 100	- 5 /5 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 175)	92,67 % 92,3 – 93,01	-	100 % 93,89 – 100	- 59 /59 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 175)	86,54 % 85,92 – 87,13	-	100 % 75,75 – 100	- 12 /12 (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: Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	43,84 %	-	16,13 %	-
nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 175)	43,35 – 44,34		7,09 – 32,63	5 /31 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	18,54 %	-	30,22 %	-
nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 175)	18,37 – 18,71		27,66 – 32,92	353 /1.168 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	45,71 %	-	98,44 %	-
nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 175)	45,4 – 46,02		91,67 – 99,72	63 /64 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	70,68 %	-	75 %	-
nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 175)	70,41 – 70,95		68,5 – 80,54	147 /196 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	3,69 %	-	3,72 %	-
nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 175)	3,61 – 3,78		2,3 – 5,96	16 /430 (entf.)
Geburtshilfe: Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	20,97 %	-	96,88 %	-
nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 175)	20,66 – 21,28		84,26 – 99,45	31 /32 (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: Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	1,02 1,01 – 1,02	≤ 1,24 (90. Per- zentil)	1,31 ○ 1,23 – 1,39	U62 ○ 683 /1.980 (522,46)
Geburtshilfe: Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden				
EKez / DeQS nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 175)	75,1 % 74,58 – 75,61	-	entf. entf.	- entf.
Geburtshilfe: Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 174)	1,4 1,24 – 1,58	-	0 0 – 11,75	- 0 /1.958 (0,33)
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 / <u>Hinweis 20</u> (S. 176)	1,01 0,98 – 1,04	≤ 2,32	1,39 ○ 0,88 – 2,18	R10 ○ 18 /1.958 (12,99)
Geburtshilfe: Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 174)	0,9 0,86 – 0,95	-	1,4 0,68 – 2,89	- 7 /1.954 (4,99)
Geburtshilfe: Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 174)	1,04 0,99 – 1,09	-	1,5 0,69 – 3,27	- 6 /1.956 (3,99)

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 sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 174)	1,06 1,01 – 1,12	-	1,35 0,58 – 3,16	- 5 /1.958 (3,69)
Geburtshilfe: Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 172)	0,81 0,74 – 0,88	≤ 2,96 (95. Per- zentil)	0,52 ○ 0,09 – 2,96	R10 ○ entf.
Geburtshilfe: Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 174)	0,81 0,73 – 0,9	-	0,75 0,13 – 4,25	- entf.
Geburtshilfe: Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 174)	0,81 0,71 – 0,93	-	0 0 – 6,39	- 0 /115 (0,58)
Geburtshilfe: Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnitt- geburt Antibiotika gegeben				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung ja / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 175)	98,93 % 98,88 – 98,97	≥ 90,00 %	99,86 % ⓘ 99,19 – 99,97	R10 ○ 694 /695 (entf.)
Geburtshilfe: Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschafts- wochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 172)	1,03 0,92 – 1,15	≤ 3,94 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 37,3	R10 ○ 0 /30 (0,09)

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> Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschafts- wochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Transparenzkennzahl / DeQS	0,96	-	1,46	-
nein / <u>Hinweis 17</u> (S. 174)	0,91 – 1,01		0,67 – 3,18	6 /1.943 (4,11)
<b>Geburtshilfe:</b> Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschafts- wochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS	0,22 %	-	0,31 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	0,21 – 0,24		0,14 – 0,67	6 /1.943 (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	0,73 %	Sentinel Event	0 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 21</u> (S. 176)	0,65 – 0,81		0 – 4,23	0 /87 (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	89 %	≥ 75,40 % (5. Perzen- til)	93,67 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 21</u> (S. 176)	88,68 – 89,31		86,03 – 97,27	74 /79 (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	18,88 %	≤ 43,52 % (95. Per- zentil)	0 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 21</u> (S. 176)	18,16 – 19,62		0 – 22,81	0 /13 (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	11,08 %	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 175)	9,83 – 12,46		entf.	entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren	Bund Ergebnis	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): 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	13,17 %	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 175)	12,08 – 14,34		entf.	entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung	7,39 %	≤ 20,00 %	14,81 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 18</u> (S. 175)	6,97 – 7,83		5,92 – 32,48	4 /27 (entf.)
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	1,15 %	≤ 5,00 %	entf. ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 18</u> (S. 175)	1,04 – 1,27		entf.	entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter				
Qualitätsindikator / DeQS	3,3 %	≤ 6,59 %	2,54 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	3,19 – 3,42	(90. Per- zentil)	1,17 – 5,43	6 /236 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung	1,03	≤ 4,18	1,23 ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 20</u> (S. 176)	0,97 – 1,09		0,34 – 4,4	entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)				
EKez / DeQS	18,18 %	-	5,49 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	18,04 – 18,31		3,01 – 9,82	10 /182 (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: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.				
Transparenzkennzahl / DeQS	17,66 %	-	3,77 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	17,46 – 17,85		1,48 – 9,3	4 /106 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde				
EKez / DeQS	1,02	-	0,55	-
nein / <u>Hinweis 17</u> (S. 174)	1 – 1,03		0,22 – 1,33	4 /74 (7,27)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
EKez / DeQS	66,88 %	-	50,94 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	66,7 – 67,06		43,24 – 58,6	81 /159 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS	90,98 %	≥ 90,00 %	62,22 % ○	H99 ○
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	90,82 – 91,14		51,9 – 71,54	56 /90 (entf.)
Kommentar der beauftragten Stelle: rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten				
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS	98,44 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	98,24 – 98,62		78,47 – 100	14 /14 (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 innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	97,81 % 97,41 – 98,15	-	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				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	99,13 % 99,09 – 99,16	≥ 95,00 %	98,9 % ○ 96,08 – 99,7	R10 ○ 180 /182 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	99,16 % 99,13 – 99,2	-	98,81 % 95,76 – 99,67	- 166 /168 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	98,95 % 98,89 – 99	-	97,94 % 92,79 – 99,43	- 95 /97 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	98,9 % 98,85 – 98,95	-	98,11 % 93,38 – 99,48	- 104 /106 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	96,72 % 96,66 – 96,78	≥ 95,00 %	97,75 % ○ 94,37 – 99,12	R10 ○ 174 /178 (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: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS	96,66 %	-	97,12 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	96,57 – 96,75		91,86 – 99,01	101 /104 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist				
Qualitätsindikator / DeQS	96,55 %	≥ 95,00 %	100 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	96,47 – 96,63		97,45 – 100	147 /147 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS	95,74 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	95,61 – 95,86		95,72 – 100	86 /86 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen				
Qualitätsindikator / DeQS	92,44 %	≥ 90,00 %	100 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	92,29 – 92,59		95,68 – 100	85 /85 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS	92,77 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	92,56 – 92,97		94,08 – 100	61 /61 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren				
Transparenzkennzahl / DeQS	98,78 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	98,74 – 98,83		97,45 – 100	147 /147 (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, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS	98,66 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	98,58 – 98,73		95,72 – 100	86 /86 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
EKez / DeQS	1,02	-	0,38	-
nein / <u>Hinweis 17</u> (S. 174)	1,01 – 1,03		0,16 – 0,86	5 /172 (13,30)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.				
Qualitätsindikator / DeQS	1,01	≤ 2,01	0,17 ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	1 – 1,03	(95. Per- zentil)	0,03 – 0,9	entf.
Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten				
Qualitätsindikator / DEQS	0,77 %	≤ 2,70 %	entf.	N01 ○
nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	0,58 – 1,03	(95. Per- zentil)	entf.	entf.
Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird: Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten				
Qualitätsindikator / DEQS	0,58 %	≤ 2,23 %	entf.	N01 ○
nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	0,41 – 0,82	(95. Per- zentil)	entf.	entf.
Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird: Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind				
Transparenzkennzahl / DEQS	2,39 %	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 168)	2,03 – 2,81		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>
Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DEQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 168)	1,01 0,88 – 1,16	≤ 2,85 (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Operation an der Brust: Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	97,11 % 96,92 – 97,29	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ 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 / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	4,17 % 3,67 – 4,74	≤ 5,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Operation an der Brust: Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	10,67 % 10,42 – 10,92	≤ 22,48 % (95. Perzentil)	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 / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	99,46 % 99,4 – 99,52	≥ 97,41 % (5. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Operation an der Brust: Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	98,1 % 97,99 – 98,19	≥ 95,00 %	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>
Operation an der Brust: Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	2,54 % 2,41 – 2,68	≤ 9,52 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	1,85 % 1,75 – 1,96	≤ 5,88 % (95. Per- zentil)	0 % ○ 0 – 6,31	R10 ○ 0 /57 (entf.)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	1,08 1,06 – 1,11	≤ 2,46 (95. Per- zentil)	0,24 ○ 0,04 – 1,28	R10 ○ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	1,09 1,07 – 1,11	≤ 2,36 (95. Per- zentil)	0,38 ○ 0,13 – 1,03	R10 ○ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 17</u> (S. 174)	1,05 1,02 – 1,09	-	0 0 – 1,9	- 0 /57 (1,89)

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>
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	97,54 % 97,4 – 97,67	≥ 90,00 %	100 % ○ 92,44 – 100	R10 ○ 47 /47 (entf.)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	9,11 % 8,88 – 9,35	≤ 15,00 %	7,02 % ○ 2,76 – 16,7	R10 ○ 4 /57 (entf.)
Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft: Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten				
Qualitätsindikator / DEQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	0,72 % 0,61 – 0,84	≤ 1,94 % (95. Per- zentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft: Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind				
Transparenzkennzahl / DEQS nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 168)	1,95 % 1,77 – 2,15	-	entf. entf.	- entf.
Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DEQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 168)	1,09 1,02 – 1,16	≤ 2,10 (95. Per- zentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft: Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)				
Qualitätsindikator / DEQS nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 168)	95,57 % 95,3 – 95,82	≥ 90,00 %	entf. entf.	N01 ○ 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>
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	0,75 % 0,6 – 0,95	≤ 3,10 %	0 % ○ 0 – 39,03	R10 ○ 0 /6 (entf.)
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	1,19 1,03 – 1,36	≤ 5,04 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 273,9	R10 ○ 0 /6 (0,01)
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	0,91 % 0,7 – 1,17	≤ 3,00 %	0 % ○ 0 – 39,03	R10 ○ 0 /6 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	0 % 0 – 0	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 0,04	R10 ○ 0 /10.942 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 22</u> (S. 177)	0,01 % 0 – 0,01	-	0 % 0 – 0,04	- 0 /10.942 (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 (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 / <u>Hinweis 12</u> (S. 172)	1,05 1,04 – 1,06	≤ 2,28 (95. Per- zentil)	1,76 ○ 1,37 – 2,24	R10 ○ 63 /10.942 (35,87)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	0,06 % 0,06 – 0,06	-	0,17 % 0,11 – 0,27	- 19 /10.942 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 171)	0,34 % 0,33 – 0,34	-	0,4 % 0,3 – 0,54	- 44 /10.942 (entf.)
Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden): Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 167)	0,17 % 0,12 – 0,25	≤ 2,30 %	0 % ○ 0 – 17,59	R10 ○ 0 /18 (entf.)
Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden): Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 11</u> (S. 171)	98,64 % 98,54 – 98,72	≥ 95,00 %	100 % ○ 95,19 – 100	R10 ○ 76 /76 (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: QSKH, DeQS: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;  
R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: QSKH, DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich;  
H99 = Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: QSKH, DeQS: Sonstiges (im Kommentar erläutert);  
U62 = Bewertung nach Strukturierem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: DeQS: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle.  
↑ = 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 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten ? Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

**Hinweis 3** Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren>

**Hinweis 4** Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren>

**Hinweis 5** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren>

### 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

### Hinweis 7

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

? Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu150.

? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten? Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geeraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

? Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu150.

? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.

McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumhauer, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

**Hinweis 10** Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

**Hinweis 11** Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten? Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

**Hinweis 12** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

**Hinweis 13** Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären

Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv150.

Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.

McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumhauer, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias

### Hinweis 14

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 15 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten ? Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Hinweis 16 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

Hinweis 17 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

**Hinweis 18** Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

**Hinweis 19** Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

### Hinweis 20

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

### Hinweis 21

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

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel

Hinweis 22 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien ?Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt? und ?vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt?. Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.

## 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

### Leistungsbereich

Diabetes mellitus Typ 1

Diabetes mellitus Typ 2

Brustkrebs

Koronare Herzkrankheit (KHK)

Chronische Herzinsuffizienz

Asthma bronchiale

## Leistungsbereich

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

#### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20		Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Absatz 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	25		Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Absatz 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.
Komplexe Eingriffe am Organ-system Ösophagus für Erwachsene	10	10	
Komplexe Eingriffe am Organ-system Pankreas	10	21	

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung
Stammzelltransplantation	25		Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Absatz 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	179	
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht <1250 g	14		Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Absatz 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.
Koronarchirurgische Eingriffe			Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Absatz 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.

## C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

### C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja

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

Leistungsbereich	Bestätigte Prognose <sup>1</sup>	Erbrachte Menge 2021	Menge Quartal 3-4 & 1-2 <sup>2</sup>
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	ja	10	7
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja	21	23
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja	179	224

<sup>1</sup> Hier wird angegeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt wurde.

<sup>2</sup> In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.

## C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

## C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V)

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr keine Anwendung finden:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

		Anzahl <sup>2</sup>
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht <sup>1</sup> unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	57
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	57
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	56

<sup>1</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))

<sup>2</sup> Anzahl der Personen

## C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>	Ausnahmetatbestände
Innere Medizin	Agnes-Rita	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Agnes-Rita	Nacht	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	Augustinus	Tag	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	Augustinus	Nacht	90,91 %	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>	Ausnahme- tatbestände
Innere Medizin, Kardiologie	Elisabeth	Tag	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	Elisabeth	Nacht	90,91 %	0
Intensivmedizin	Intensivstation Innere	Tag	100 %	0
Intensivmedizin	Intensivstation Innere	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	Intensivstation inter- disziplinär	Tag	91,67 %	0
Intensivmedizin	Intensivstation inter- disziplinär	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	Josef	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Josef	Nacht	100 %	0
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie	Lidwina	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie	Lidwina	Nacht	90,91 %	0
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie	Maternus	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie	Maternus	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	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>
Innere Medizin	Agnes-Rita	Tag	93,33 %
Innere Medizin	Agnes-Rita	Nacht	98,33 %
Innere Medizin, Kardiologie	Augustinus	Tag	81,44 %
Innere Medizin, Kardiologie	Augustinus	Nacht	74,55 %
Innere Medizin, Kardiologie	Elisabeth	Tag	70,96 %

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht-bezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>
Innere Medizin, Kardiologie	Elisabeth	Nacht	61,98 %
Intensivmedizin	Intensivstation Innere	Tag	73,97 %
Intensivmedizin	Intensivstation Innere	Nacht	73,97 %
Intensivmedizin	Intensivstation interdisziplinär	Tag	88,77 %
Intensivmedizin	Intensivstation interdisziplinär	Nacht	89,04 %
Innere Medizin	Josef	Tag	76,65 %
Innere Medizin	Josef	Nacht	49,7 %
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie	Lidwina	Tag	95,21 %
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie	Lidwina	Nacht	59,58 %
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie	Maternus	Tag	92,81 %
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie	Maternus	Nacht	76,65 %

<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)

# Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

Hohe medizinische und pflegerische Qualität sowie die permanente Verbesserung inhaltlicher, struktureller und organisatorischer Abläufe zum Wohle der Patienten, der einweisenden Ärzte sowie der Mitarbeiter stehen im Krankenhaus der Augustinerinnen an erster Stelle. Das Krankenhaus unterzieht sich anhand fortlaufender Teilnahme am KTQVerfahren bewusst einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Grundlage der anerkannt guten Qualität aller Dienstleistungen des Hauses ist die Erbringung wissenschaftlich anerkannter medizinischer Standards unter einem betriebswirtschaftlich kompetenten Management bei seit Jahren begrenzten Ressourcen. Angesichts der spezialisierten und ineinander greifenden Versorgung von Patienten tragen die Mitarbeiter Mitverantwortung für das Funktionieren der gesamten Behandlungskette. Außerordentliches Engagement, besondere fachliche und soziale Kompetenz sowie die Bereitschaft, sinnvollen Veränderungen als lernendes System positiv zu begegnen, sind unsere Grundsätze.

Fort- und Weiterbildungsangebote, intensive interne wie externe Kommunikation und gezielte Personalentwicklung sind wichtige Voraussetzungen für das Erreichen der Qualitätsziele.

Maßstab für das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist die Erbringung bestmöglicher Leistungen für unsere Patienten, deren Angehörige, niedergelassene Ärzte und weiterer Kooperationspartner und nicht zuletzt für die Krankenkassen.

Als Krankenhaus mit christlicher Tradition haben wir eine besondere Verpflichtung gegenüber den uns anvertrauten Patienten. Deshalb gehört zur bestmöglichen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungsqualität auch immer menschliche Behandlung und persönliche Zuwendung.

Wir stellen uns den Sorgen und Ängsten der Patienten und sind überzeugt, dass sich christliche Grundsätze und kompetentes Management im Krankenhaus nicht

ausschließen.

Diese Qualitätsphilosophie des Hauses versuchen wir täglich umzusetzen.

Unser Haus wurde 2017 nach KTQ zertifiziert.

## **D-2 Qualitätsziele**

Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns. Grundsätze der Behandlung der Patienten im Krankenhaus der Augustinerinnen sind konsequente Patientenorientierung, Anwendung von Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin und fortwährendes Hinterfragen des eigenen Handelns mit dem Ziel, für jeden Patienten ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen.

Engagiertes, teamorientiertes und kreatives Zusammenwirken aller an der Versorgung unserer Patienten beteiligten Mitarbeiter der Pflege, der Ärzteschaft als auch der Krankenhausleitung, kontinuierliche Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Lernen aus Fehlern sind Voraussetzungen für eine hohe Ergebnisqualität.

Als wesentliche Qualitätsziele betrachten wir eine individuell niedrige behandlungsbedingte Morbidität und Mortalität sowie eine angemessene Verweildauer bei hoher Zufriedenheit unserer Patienten und dadurch auch unserer einweisenden Ärzte.

Die Entwicklung und ständige Verbesserung von Strukturen und Prozessen zur Erlangung optimaler Ergebnisse in der Behandlung der Patienten, im Umgang mit einweisenden Ärzten als auch zur Führung unseren Mitarbeiter ist uns wichtig und stellt damit die wesentlichen Bestandteile Qualitätsmanagements dar.

Die Teilnahme an verschiedenen verpflichtenden und freiwilligen Qualitätssicherungsprojekten hilft den Kliniken ihre tägliche Arbeit zu evaluieren. Die Rückübermittlung der Ergebnisse sowie unterjährige eigene Auswertungen werden regelmäßig und klinikübergreifend im Rahmen von Konferenzen dargestellt. So ist es möglich, zeitnah Mängel der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erkennen und

entsprechende Maßnahmen zur Behebung derselben in die Wege zu leiten. Auch helfen uns dabei Befragungen von Patienten sowie Qualitätszirkel mit den in der Umgebung praktizierenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

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

Eine Abteilung für Qualitätsmanagement sowie die Arbeit in diversen Qualitätszirkeln dienen den inhaltlichen und organisatorischen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität im Krankenhaus der Augustinerinnen.

Das Qualitätsmanagement übernimmt dabei zudem die Administration des im Krankenhaus implementierten Fehlermeldesystems ( CIRS ), des

Beschwerdemanagements sowie eine strukturierte kontinuierlich Patientenbefragung.

Die Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten in gemeinsamen Qualitätszirkeln hat einen ebenso hohen Stellenwert wie das Angebot von Seminaren, Symposien und Kongressen.

Für die Patienten werden gezielte Schulungen durchgeführt, damit sie und ihre Angehörigen so schnell wie möglich wieder den Anforderungen des Alltags gewachsen sind.

### **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

Aus Qualitätsmanagementprojekten früherer Jahre haben sich im Krankenhaus der Augustinerinnen Instrumente entwickelt, die in die tägliche Routine eingeflossen sind. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hat sich dadurch zum Wohle der Patienten zum Teil erheblich verbessert. Zukünftige Weiterentwicklungen der bestehenden als auch neue Instrumente werden diesen ständigen Verbesserungsprozess positiv beeinflussen und damit die Qualität der Patientenversorgung auch in der Zukunft weiter verbessern. Einige dieser Instrumente werden hier nachfolgend vorgestellt:

#### **CIRS**

Im Krankenhaus der Augustinerinnen ist ein Fehlermeldesystem ( CIRS = critical incident reporting system ) implementiert. Ein Team aus Mitarbeitern des Qualitätsmanagements, Ärzten und Pflegekräften analysiert und bearbeitet dazu regelmässig die dort eingegangenen Meldungen und trägt so dazu bei, dass die Patientensicherheit verbessert wird.

### **Perinatologische Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen**

In Zusammenarbeit mit der Abteilung von Neonatologie der Universitätskinderklinik Köln wird 2 x jährlich eine perinatologische Fallkonferenz durchgeführt, in der vor, unter oder nach der Geburt aufgetretene schwierige Behandlungsfälle in einem strukturiertem Dialog gemeinsam von Geburtshelfern und Neonatologen vorgestellt und analysiert werden.

Diese Fallkonferenzen dienen der Fort- und Weiterbildung des in der Geburtshilfe und Neonatologie tätigen Pflege- und ärztlichen Personals, daraus sich ableitende Änderungen der Handlungsabläufe werden in das Qualitätsmanagementhandbuch der Geburtshilfe übernommen.

### **Tumorfallkonferenzen**

Wöchentlich treffen sich die Mediziner des Krankenhauses mit externen Kolleginnen und Kollegen aus den onkologischen Fachgebieten zu einem strukturierten Dialog interdisziplinären Dialog zu den verschiedenen Tumorerkrankungen der Patientinnen und Patienten. Ziel ist eine individuelle leitliniengestützte Behandlungsempfehlung als Basis für die gemeinsam mit der Patientin zu erarbeitenden adjuvanten Therapieschritte.

### **Kölner Infarkt Modell**

Die Klinik für Innere Medizin nimmt mit ihren Patienten am Kölner Infarkt Modell teil. Hierbei handelt es sich um eine Initiative des Rettungsdienstes der Stadt Köln und der Kölner Kliniken Ziel ist, die unterschiedlichen Versorgungsebenen zu koordinieren, den Behandlungsprozess zu beschleunigen und damit die Chancen von Patienten mit akutem Herzinfarkt zu erhöhen.

### **Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen**

Die Kliniken für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie sowie alle Kliniken der Inneren Medizin führen regelmäßig einmal jeden Monat Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durch. Dabei werden die Behandlungsfälle, bei denen unvorhersehbare Komplikationen oder Probleme bei der Behandlung auftraten strukturiert analysiert und besprochen. Ziel ist es, Fehler in der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität zu erkennen, um zeitnah notwendige Gegenmaßnahmen ergreifen zu können.

### **Befragungen zur Patientenzufriedenheit**

Kontinuierlich werden Patientinnen und Patienten vom Qualitätsmanagement strukturiert zu ihrer Zufriedenheit befragt. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern des Hauses zurückgespiegelt.

### **Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung Nordrhein ( IQN )**

Die Klinik für Innere Medizin nimmt mit ihren Patienten mit dem Ziel, die Versorgung der Behandlung von Patienten mit Schlaganfällen zu verbessern, an der Qualitätssicherung des Institutes für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein, teil.

Folgende Qualitätsziele werden mit diesem kontinuierlichen Projekt angestrebt:

- Erfassung der Versorgungswirklichkeit durch standardisierte Dokumentation
- Erkennen von Verbesserungspotenzialen durch regelmäßige Rückspiegelung der Auswertungen
- Aufbau einer stabilen Diskussionsgrundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisqualität
- Hilfe bei der Umsetzung erkannter Verbesserungspotenziale

Das Projekt wird in enger Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister kontinuierlich fortgeführt und weiterentwickelt.

### **Infektionsdokumentation und Hygienestandards**

Im Rahmen der vierteljährlich durchgeführten Hygienekonferenz, an der alle Kliniken des

Krankenhauses der Augustinerinnen zusammen mit Mitarbeitern der Stationen, des OP-Bereiches, der Intensivstation sowie der Hygieneschwester teilnehmen, werden die aktuell erhobenen Infektionsstatistiken evaluiert. So können eventuelle Hygienemängel frühzeitig erkannt und zeitnah behoben werden. Zudem werden die hauseigen entwickelten Hygienestandards regelmäßig geprüft und angepasst. Auch die Entwicklung und der adäquate Umgang mit multiresistenten Keimen wird auf diesem Weg regelmäßig mit den internationalen Standards abgeglichen.

### **Qualitätskontrollen der Eigenblutspenden**

Im Krankenhaus der Augustinerinnen besteht für mittel- bis langfristig geplante operative Eingriffe ( z.B. die Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes ) die Möglichkeit, im Vorfeld so genanntes Eigenblut zu spenden, um bei Bedarf den Gebrauch von Fremdblut auf ein Mindestmaß reduzieren zu können. Dazu hält das Krankenhaus einen eigens dafür ausgebildeten Transfusionsbeauftragten aus der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin vor, der sicherstellt, dass die hierbei vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen sowie die Qualitätskontrollen ( u.a. Visuelle Kontrolle, Gewicht, Füllvolumen, Hämolyserate, Sterilitätskontrolle etc.) eingehalten bzw. durchgeführt werden.

### **Arzneimittelkommission**

Im Rahmen der vierteljährlich durchgeführten Arzneimittelkonferenz, an der alle Kliniken des Krankenhauses der Augustinerinnen teilnehmen, werden aktuelle Entwicklungen der medikamentösen Behandlung von Krankheiten vermittelt und mit den aktuell im Krankenhaus zu Verfügung stehenden Arzneimittelpräparaten in Hinblick auf Wirkstoffe, Anwendung, Dosierung, Nebenwirkungen und Wirtschaftlichkeit abgeglichen. Zudem können durch Analyse der Verbrauchsstatistiken nach Organisationseinheit Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen in die Wege geleitet werden.

### **Qualitätskontrollen des intraoperativ aufbereiteten Wundbluts**

Bei Operationen mit erwartetem größerem Blutverlust kann das patienteneigene Blut während der Operation aufgefangen, aufbereitet und dem Patienten wieder verabreicht werden. Auch hierbei sind ständige Qualitätskontrollen ( z.B. Gesammelte Blutmenge, Aufbereitete Blutmenge, Aufbereitete Blutmenge in Prozent der gesammelten Blutmenge, Hämoglobin- und Hämatokritwert im aufbereiteten Blut ) vorgeschrieben.

### **Ethikkomitee**

Die vier Krankenhäuser unter dem Dach der Stiftung der Cellitinnen ( Krankenhaus der Augustinerinnen in Köln, St. Agatha Krankenhaus in Köln, St. Antonius Krankenhaus in Köln sowie das Maria Hilf Krankenhaus in Bergheim ) stellen beauftragte Mitarbeiter für ein gemeinsames ständiges Ethikkomitee. Im Rahmen regelmäßiger Treffen werden Empfehlungen bzgl. ethischer Grundsatzfragen ( z.B. Umgang mit Patientenverfügungen ) erarbeitet. Zudem werden in den einzelnen Häusern selbst ethische Fallbesprechungen unter Mitwirkung von Mitgliedern der einzelnen Häuser durchgeführt.

### **Beschwerdemanagement**

Im Krankenhaus der Augustinerinnen wird ein Beschwerdemanagement eingesetzt. Beschwerden können schriftlich, mündlich oder über die Homepage des Krankenhauses übermittelt werden. Auf jede Beschwerde wird reagiert, zu jeder Beschwerde wird nach Ursachen recherchiert, jeder und in irgendeiner Form bekannte Beschwerdeführer erhält dann auch eine Rückmeldung.

### **Wundmanagement**

Das Krankenhaus der Augustinerinnen besitzt seit 2006 eine im Wundmanagement ausgebildete Pflegekraft. Zusammen mit den ärztlichen Mitarbeitern der Kliniken wurden Standards im Bereich des Wundmanagements erarbeitet und mit der Veröffentlichung einer Wundfibel umgesetzt. Die Mitarbeiterin steht allen Kliniken des Hauses konsiliarisch zur Verfügung.

### **Dekubitusmanagement**

Die Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe erfolgte bereits in den Vorjahren und wird seither weiter betrieben. Anhand der implementierten Score-Bögen, die die Patienten während ihres gesamten Aufenthaltes begleiten, erfolgen schließlich Auswertungen, die das Management im Umgang mit dieser Problematik beeinflussen. Bei Vorhandensein oder Neu-Auftreten eines Dekubitus erfolgt die Zusammenarbeit mit dem Wundmanagement.

### **Sturzmanagement**

Um Maßnahmen in Bezug auf eine Sturzprophylaxe ergreifen zu können ist eine ständige Evaluation solcher Ereignisse notwendig. Im Krankenhaus der Augustinerinnen werden Sturzprotokollen angefertigt, die von der Pflegedirektion zentral registriert und ausgewertet werden. Damit ist eine Grundlage geschaffen worden, Probleme, die bei der Vermeidung von Stürzen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes erkennbar werden, zeitnah beheben zu können.

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

Die bisher in diesem Kapitel dieses Berichtes dargestellten Aktivitäten des Qualitätsmanagements des Krankenhauses der Augustinerinnen stellen die Entwicklung dar, den Gedanken einer ständigen Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnissenqualität in unserem Haus in das tägliche Handeln einfließen zu lassen.

**Krankenhaus der Augustinerinnen  
Jakobstrasse 27-31  
50678 Köln**

**Tel.: 0221 3308-0  
Fax: 0221 3308-005**

**<http://www.severinskloesterchen.de>  
[kh@severinskloesterchen.de](mailto:kh@severinskloesterchen.de)**

Das Krankenhaus der Augustinerinnen steht in der Trägerschaft der „Augustinerinnen Krankenhäuser gGmbH“.  
Alleiniger Gesellschafter ist die Stiftung der Cellitinnen e.V. in Köln.

Sitz der Gesellschaft: Köln  
Amtsgericht Köln  
HRB 25663

Geschäftsführer  
Gunnar Schneider (Vors.)  
Frederic Lazar  
Dieter Kesper

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Gunnar Schneider, Frederic Lazar als Geschäftsführer, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.