



Klinikum der Stadt  
Ludwigshafen am Rhein  
gemeinnützige GmbH

# Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V

**Inhaltsverzeichnis**

	Einleitung .....	21
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	23
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	23
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	23
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	24
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	24
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	24
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	29
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	31
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....	31
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit .....	31
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	34
A-8.1	Forschung und akademische Lehre .....	34
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen .....	35
A-9	Anzahl der Betten .....	36
A-10	Gesamtfallzahlen .....	36
A-11	Personal des Krankenhauses .....	37
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	37
A-11.2	Pflegepersonal .....	37
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal .....	38
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	41
A-12.1	Qualitätsmanagement .....	41
A-12.1.1	Verantwortliche Person .....	45
A-12.1.2	Lenkungsgremium .....	45
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	45
A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	46
A-12.2.2	Lenkungsgremium .....	46

	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH	2022
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen .....	47
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtung-internen Fehlermeldesystems .....	48
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	48
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	49
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	49
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	50
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	50
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	50
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie .....	50
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	51
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	51
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	52
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	52
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	53
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....	55
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium .....	55
A-12.5.2	Verantwortliche Person .....	55
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal .....	55
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen .....	55
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt .....	57
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	58
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	59
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe .....	59
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen) .....	60
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	62
B-[0100]	Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie) .....	62

B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	62
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	62
B-[0100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	62
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	63
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	63
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	64
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	64
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	65
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	66
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	67
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	67
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	68
B-[0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	68
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	69
B-[0100].11	Personelle Ausstattung .....	69
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	69
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	69
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	69
B-[0100].11.2	Pflegepersonal .....	69
B-[0100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	70
B-[0100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	70
B-[0300]	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin) .....	71
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	71
B-[0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	71
B-[0300].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	71
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	71
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	72

B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	74
B-[0300].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	74
B-[0300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	74
B-[0300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	75
B-[0300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	76
B-[0300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	77
B-[0300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	77
B-[0300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	78
B-[0300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	78
B-[0300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	78
B-[0300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	78
B-[0300].11	Personelle Ausstattung .....	78
B-[0300].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	78
B-[0300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	79
B-[0300].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	79
B-[0300].11.2	Pflegepersonal .....	79
B-[0300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	80
B-[0300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	80
B-[0700]	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin) .....	81
B-[0700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	81
B-[0700].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	81
B-[0700].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	81
B-[0700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	82
B-[0700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	82
B-[0700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	83
B-[0700].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	83

B-[0700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	84
B-[0700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	84
B-[0700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	85
B-[0700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	86
B-[0700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	86
B-[0700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	87
B-[0700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	87
B-[0700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	88
B-[0700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	88
B-[0700].11	Personelle Ausstattung .....	88
B-[0700].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	88
B-[0700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	89
B-[0700].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	89
B-[0700].11.2	Pflegepersonal .....	89
B-[0700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	90
B-[0700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	90
B-[1500]	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin) .....	91
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	91
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	91
B-[1500].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	91
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	92
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	92
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	94
B-[1500].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	94
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	95
B-[1500].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	95
B-[1500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	96

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH		2022
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	96
B-[1500].7.2	Kompetenzprozeduren .....	97
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	97
B-[1500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	98
B-[1500].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	98
B-[1500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	99
B-[1500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	99
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	100
B-[1500].11	Personelle Ausstattung .....	100
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	100
B-[1500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	100
B-[1500].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	100
B-[1500].11.2	Pflegepersonal .....	101
B-[1500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	101
B-[1500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	102
B-[1518]	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie) .....	103
B-[1518].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	103
B-[1518].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	103
B-[1518].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	103
B-[1518].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	103
B-[1518].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	104
B-[1518].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	104
B-[1518].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	104
B-[1518].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	105
B-[1518].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	106
B-[1518].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	107
B-[1518].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	107
B-[1518].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	107

	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH	2022
B-[1518].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	108
B-[1518].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	108
B-[1518].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	108
B-[1518].11	Personelle Ausstattung .....	108
B-[1518].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	108
B-[1518].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	109
B-[1518].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	109
B-[1518].11.2	Pflegepersonal .....	109
B-[1518].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	110
B-[1518].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	110
B-[0200]	Geriatric .....	111
B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	111
B-[0200].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	111
B-[0200].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	111
B-[0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	112
B-[0200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	112
B-[0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	113
B-[0200].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	114
B-[0200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	114
B-[0200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	115
B-[0200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	116
B-[0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	117
B-[0200].11	Personelle Ausstattung .....	117
B-[0200].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	117
B-[0200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	117
B-[0200].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	117
B-[0200].11.2	Pflegepersonal .....	117

B-[0200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	118
B-[0200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	118
B-[2100]	Klinik für Herzchirurgie	.....	119
B-[2100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	119
B-[2100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	119
B-[2100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	119
B-[2100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	119
B-[2100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	120
B-[2100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	121
B-[2100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	121
B-[2100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	121
B-[2100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	122
B-[2100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	123
B-[2100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	124
B-[2100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	124
B-[2100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	124
B-[2100].11	Personelle Ausstattung	.....	125
B-[2100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	125
B-[2100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	125
B-[2100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	125
B-[2100].11.2	Pflegepersonal	.....	125
B-[2100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	126
B-[2100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	126
B-[2200]	Urologische Klinik	.....	127
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	127
B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	127
B-[2200].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	127

B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	127
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	128
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	128
B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	128
B-[2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	129
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	130
B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	130
B-[2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	131
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren .....	131
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	132
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	132
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	133
B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	134
B-[2200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	134
B-[2200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	135
B-[2200].11	Personelle Ausstattung .....	135
B-[2200].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	135
B-[2200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	135
B-[2200].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	135
B-[2200].11.2	Pflegepersonal .....	136
B-[2200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	137
B-[2200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	137
B-[2400]	Frauenklinik/ Geburtshilfe .....	138
B-[2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	138
B-[2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	138
B-[2400].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	138
B-[2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	138
B-[2400].3	Medizinische Leistungsangebote der .....	139

## Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	140
B-[2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	140
B-[2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	141
B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	141
B-[2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	142
B-[2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	143
B-[2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	144
B-[2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	145
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	145
B-[2400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	146
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	147
B-[2400].11	Personelle Ausstattung .....	147
B-[2400].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	147
B-[2400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	147
B-[2400].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	147
B-[2400].11.2	Pflegepersonal .....	147
B-[2400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	148
B-[2400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	148
B-[2600]	Hals-Nasen-Ohren-Klinik .....	149
B-[2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	149
B-[2600].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	149
B-[2600].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	149
B-[2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	149
B-[2600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	150
B-[2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	150
B-[2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	150
B-[2600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	151

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH	2022
B-[2600].6.2	Kompetenzdiagnosen ..... 152
B-[2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS ..... 152
B-[2600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ..... 153
B-[2600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ..... 154
B-[2600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) ..... 154
B-[2600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) ..... 155
B-[2600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ..... 156
B-[2600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe ..... 156
B-[2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ..... 157
B-[2600].11	Personelle Ausstattung ..... 157
B-[2600].11.1	Ärzte und Ärztinnen ..... 157
B-[2600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung ..... 157
B-[2600].11.1.2	Zusatzweiterbildung ..... 158
B-[2600].11.2	Pflegepersonal ..... 158
B-[2600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ..... 158
B-[2600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ..... 159
B-[2700]	Augenklinik ..... 160
B-[2700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ..... 160
B-[2700].1.1	Fachabteilungsschlüssel ..... 160
B-[2700].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ..... 160
B-[2700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ..... 160
B-[2700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ..... 161
B-[2700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ..... 161
B-[2700].6	Hauptdiagnosen nach ICD ..... 161
B-[2700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig ..... 162
B-[2700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS ..... 163
B-[2700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ..... 164
B-[2700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ..... 164

	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH	2022
B-[2700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	165
B-[2700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	166
B-[2700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	167
B-[2700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	167
B-[2700].11	Personelle Ausstattung .....	168
B-[2700].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	168
B-[2700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	168
B-[2700].11.2	Pflegepersonal .....	168
B-[2700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	169
B-[2700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	169
B-[2800]	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit .....	170
B-[2800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	170
B-[2800].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	170
B-[2800].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	170
B-[2800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	171
B-[2800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	171
B-[2800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	172
B-[2800].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	172
B-[2800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	173
B-[2800].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	173
B-[2800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	174
B-[2800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	174
B-[2800].7.2	Kompetenzprozeduren .....	175
B-[2800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	176
B-[2800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	176
B-[2800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	178
B-[2800].11	Personelle Ausstattung .....	178

B-[2800].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	178
B-[2800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	178
B-[2800].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	178
B-[2800].11.2	Pflegepersonal .....	178
B-[2800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	179
B-[2800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	179
B-[3300]	Klinik für Strahlentherapie .....	180
B-[3300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	180
B-[3300].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	180
B-[3300].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	180
B-[3300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	180
B-[3300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	181
B-[3300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	181
B-[3300].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	181
B-[3300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	182
B-[3300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	183
B-[3300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	184
B-[3300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	184
B-[3300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	185
B-[3300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	185
B-[3300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	185
B-[3300].11	Personelle Ausstattung .....	185
B-[3300].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	185
B-[3300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	186
B-[3300].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	186
B-[3300].11.2	Pflegepersonal .....	186
B-[3300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	187

B-[3300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	187
B-[3400]	Hautklinik	.....	188
B-[3400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	188
B-[3400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	188
B-[3400].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	188
B-[3400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	188
B-[3400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	189
B-[3400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	189
B-[3400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	189
B-[3400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	190
B-[3400].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	191
B-[3400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	191
B-[3400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	192
B-[3400].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	193
B-[3400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	193
B-[3400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	194
B-[3400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	194
B-[3400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	195
B-[3400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	195
B-[3400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	195
B-[3400].11	Personelle Ausstattung	.....	195
B-[3400].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	195
B-[3400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	196
B-[3400].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	196
B-[3400].11.2	Pflegepersonal	.....	196
B-[3400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	197
B-[3400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	197

	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH	2022
B-[3500]	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie .....	198
B-[3500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	198
B-[3500].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	198
B-[3500].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	198
B-[3500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	198
B-[3500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	199
B-[3500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	199
B-[3500].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	199
B-[3500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	200
B-[3500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	201
B-[3500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	202
B-[3500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	202
B-[3500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	203
B-[3500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	203
B-[3500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	204
B-[3500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	205
B-[3500].11	Personelle Ausstattung .....	205
B-[3500].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	205
B-[3500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	205
B-[3500].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	205
B-[3500].11.2	Pflegepersonal .....	205
B-[3500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	206
B-[3500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	206
B-[3600]	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin .....	207
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	207
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	207
B-[3600].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	207

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH	2022
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ..... 207
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ..... 208
B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ..... 208
B-[3600].6	Hauptdiagnosen nach ICD ..... 208
B-[3600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig ..... 209
B-[3600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS ..... 210
B-[3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ..... 211
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ..... 211
B-[3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) ..... 212
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ..... 212
B-[3600].11	Personelle Ausstattung ..... 212
B-[3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen ..... 212
B-[3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung ..... 212
B-[3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung ..... 212
B-[3600].11.2	Pflegepersonal ..... 213
B-[3600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ..... 213
B-[3600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ..... 213
B-[3700]	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin ..... 214
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ..... 214
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel ..... 214
B-[3700].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ..... 214
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ..... 215
B-[3700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ..... 215
B-[3700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ..... 216
B-[3700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) ..... 216
B-[3700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ..... 216
B-[3700].11	Personelle Ausstattung ..... 216

B-[3700].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	216
B-[3700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	216
B-[3700].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	217
B-[3700].11.2	Pflegepersonal .....	217
B-[3751]	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie .....	218
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	218
B-[3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	218
B-[3751].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	218
B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	218
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	219
B-[3751].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	220
B-[3751].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	220
B-[3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	221
B-[3751].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	221
B-[3751].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	222
B-[3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	222
B-[3751].11	Personelle Ausstattung .....	222
B-[3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	223
B-[3751].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	223
B-[3751].11.2	Pflegepersonal .....	223
B-[3790]	Institut für Pathologie .....	224
B-[3790].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	224
B-[3790].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	224
B-[3790].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	224
B-[3790].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	224
B-[3790].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	225
B-[3790].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	225
B-[3790].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	225

B-[3790].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	225
B-[3790].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	225
B-[3790].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	226
B-[3790].11	Personelle Ausstattung .....	226
B-[3790].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	226
B-[3790].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	226
B-[3790].11.2	Pflegepersonal .....	226
B-[3792]	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin .....	227
B-[3792].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	227
B-[3792].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	227
B-[3792].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	227
B-[3792].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	227
B-[3792].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	228
B-[3792].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	229
B-[3792].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	229
B-[3792].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	229
B-[3792].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	230
B-[3792].11	Personelle Ausstattung .....	230
B-[3792].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	230
B-[3792].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	230
B-[3792].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	230
B-[3792].11.2	Pflegepersonal .....	231
B-[3791]	Apotheke .....	232
B-[3791].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	232
B-[3791].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	232
B-[3791].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	232
B-[3791].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	232
B-[3791].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	233

B-[3791].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	234
B-[3791].11	Personelle Ausstattung .....	234
B-[3791].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	234
B-[3791].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	235
C	Qualitätssicherung .....	237
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	237
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	237
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	239
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....	239
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	376
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management- Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	376
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	376
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	387
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind .....	387
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr .....	388
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	388
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	389
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	389
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....	389
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....	390

## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

## Verantwortliche

### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Hans-Friedrich Günther
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 2008
E-Mail	hf.guenther@klilu.de

### Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Antonie Ege
Telefon	0621 503 2021
Fax	0621 503 2139
E-Mail	egea@klilu.de

## Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	<a href="http://www.klilu.de">http://www.klilu.de</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	<a href="https://www.klilu.de/presse_termine/downloads/qualitaetsbericht/index_ger.html">https://www.klilu.de/presse_termine/downloads/qualitaetsbericht/index_ger.html</a>

Kompetent  
leistungsstark  
innovativ  
partnerschaftlich  
umsorgend

**KliLu**  
Wir Leben Medizin

Herzlich willkommen

# Bitte hier anmelden

für ambulante und  
stationäre Aufnahme



1. Bitte **Wartemarke** an  
Terminal **anfordern**.



2. Wartemarke entnehmen  
im **Wartebereich**

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
Straße	Bremerstr.
Hausnummer	79
IK-Nummer	260730116
Standort-Nummer	772801000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	0621
Telefon	5030
E-Mail	info@klilu.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.klilu.de">http://www.klilu.de</a>

#### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

##### Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Hans-Friedrich Günther
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 2008
E-Mail	hf.guenther@klilu.de

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt Zentralinstitut für diagnostische und interventionelle Radiologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Günter Layer
Telefon	0621 503 4500
Fax	0621 503 4590
E-Mail	guenter.layer@klilu.de

Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Alexandra Gräfin von Rex
Telefon	0621 503 2307
Fax	0621 503 2334
E-Mail	rexa@klilu.de

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Stadt Ludwigshafen am Rhein
Träger-Art	öffentlich

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

### Name der Universität

Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Bedingt durch die Covid-19 Pandemie wurden einzelne Leistungen im Jahr 2022 zeitweise ausgesetzt oder durch digitale Angebote ersetzt.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP02 - Akupunktur <i>Die Geburtshilfe bietet den Gebärenden geburtshilfliche Akupunktur an.</i>
2	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>In der neurolog. Klinik besteht tgl. die Möglichkeit zum Angehörigengespräch mit den zuständigen Stationsärztinnen. Auf den Intensivstationen finden Gespräche zu definierten Zeiten statt. Zertifikat: Angehörigenfreundliche Intensivstation. Infomaterial auf der Stroke Unit für Patienten &amp; Angehörige.</i>
3	MP04 - Atemgymnastik/-therapie <i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Patientinnen und Patienten aller Fachabteilungen die Möglichkeit der Atem- und Entspannungstherapie an.</i>
4	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Die Geburtshilfe bietet die Möglichkeit des Wochenbetts/Rooming-in an. Das Kind bleibt Tag und Nacht so lange wie gewünscht bei der Mutter im Zimmer.</i>
5	MP06 - Basale Stimulation <i>Die Anwendung Nationaler Expertenstandards und verschiedener Pflegekonzepte (z. B. Basale Stimulation) wird für Pflegekräfte im Alltag spürbar. Beratend und begleitend stehen Pflegeexperten, Praxisbegleiter für Basale Stimulation in der Pflege, Kinästhetik-Trainer und Ergotherapeuten zur Verfügung.</i>
6	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Der Sozialdienst im Klinikum Ludwigshafen übernimmt die Aufgabe der Beratung zu und die Vermittlung in die medizinische Rehabilitation. Dies kann eine Anschlussheilbehandlung über die GRV oder GKV, eine neurologische Früh-Rehabilitation oder eine onkologische/geriatrische Rehabilitation sein.</i>
7	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Das KliLu verfügt über Ethische Leitlinien im Umgang mit Sterbenden sowie einen Leitfaden für Hinterbliebene. Die neurologische Klinik bietet die Möglichkeit zur palliativen Sterbebegleitung &amp; vermittelt bei Bedarf auch eine ambulante Betreuung durch den Hospizdienst bzw. einen Hospizplatz.</i>

## # Med.pfleg. Leistungsangebot

- MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
- 8 *Das Zentrum f. ambulante Rehabilitation bietet zusammen mit der Chirurgie B eine Gefäßsportgruppe zur Verbesserung d. Durchblutungssituation im Bereich des Ober-/Unterschenkels an. Das IPRM bietet ambulante Gruppentherapien sowie Onkoletics (Onkologisches Ganzkörpertraining) an.*
- MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
- 9 *Physiotherapeuten und Ergotherapeuten des IPRM verfügen über eine Fortbildung des Bobath Konzeptes und bieten diese Therapie in allen Fachabteilungen an. Pflegefachkräfte, vor allem in der Neurologie, verfügen über eine Fortbildung im Bobath-Konzept.*
- MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
- 10 *Das Diabeteszentrum bietet Schulungen zu Diabetes Mellitus Typ I und Typ II sowie Insulinschulungen an. Zudem versorgt ein multiprofessionelles Behandlungsteam besondere Bedarfe der Diabetespatienten (z.B. Behandlung Diabetisches Fußsyndrom). Das Team betreut Diabetespatienten auf allen Stationen.*
- MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
- 11 *Im Rahmen des Expertenstandards findet ein gezieltes Ernährungsassessment (z.B. bei Mangelerscheinungen) statt. Die Ökotrophologin führt regelmäßig Diät- und Ernährungsberatungen bei betroffenen oder gefährdeten Patienten durch.*
- MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 12 *Der gesetzliche Anspruch auf Unterstützung beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung ist umgesetzt. Multiprofessionelle Teams (alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen) ermitteln während des Patientenaufenthalts den poststationären Bedarf und den Unterstützungsrahmen.*
- MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 13 *Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Ergotherapie an: Funktionstraining, Selbsthilfetraining, Versorgung mit Hilfsmitteln, Gelenkschutz, Hirnleistungstraining, Anpassung an häusliche und berufliche Umgebung.*
- MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
- 14 *Für alle Fragen rund um die Organisation der Patientenprozesse ist das Prozessmanagement (PM) der jeweiligen Klinik der erste Ansprechpartner für Patienten und Angehörige sowie Einweiser und Mitarbeiter des Klinikums Ludwigshafen.*
- MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 15 *Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Fußreflexzonenmassage an.*
- MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
- 16 *Die Geburtshilfe bietet Geburtsvorbereitungskurse für Frauen/Paare in deutscher Sprachen an. Weiterhin werden Kurse zur Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik angeboten.*
- MP21 - Kinästhetik
- 17 *Der Grundkurs "Kinästhetik in der Pflege" ist Teil der Ausbildung im Klinikum Ludwigshafen.*
- MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 18 *Es werden spez. Methoden von funktioneller Krankengymnastik, Biofeedback- & Elektrotherapie bis zur medikamentösen Behandlung angeboten (Amb+stat d. IPRM). Sollte eine Operation notwendig sein, steht im Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum ein spezialisiertes interdisziplinäres OP-Team zur Verfügung.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
19	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit der Manuellen Lymphdrainage an.</i>
	MP25 - Massage
20	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen verschiedene Massagen an (Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Segmentmassage).</i>
	MP26 - Medizinische Fußpflege
21	<i>Während Ihres Aufenthaltes im Klinikum haben Patienten die Möglichkeit, medizinische Fußpflege in Anspruch zu nehmen.</i>
	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
22	<i>Die Geburtshilfe bietet eine homöopathische Versorgung an.</i>
	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
23	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Manuelle Therapie an.</i>
	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
24	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Physikalische Therapie (z.B. Hydrotherapie "Heiße Rolle", Ultraschalltherapie und Elektrotherapie) an.</i>
	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
25	<i>Das Institut für Physikalische u. Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen diverse Behandlungsmöglichkeiten an (Krankengymnast. Einzel- u. Gruppenbehandlungen, gerätegestützte Krankengymnastik, KG auf neurophysiologischer Basis, Galileo-Therapie).</i>
	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
26	<i>Die Ambulanz des IPRM bietet den Präventionskurs "Aufrichtung und Entlastung der Wirbelsäule"- gesundheitsbewusstes Rückentraining nach §20 SGB V an.</i>
	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
27	<i>Den Patienten der onkologischen Zentren/Abteilungen sowie Palliativpatienten bietet das KliLu Beratung u. Unterstützung durch Psychoonkologen an. Die Versorgung umfasst Patientengespräche, die Einbeziehung Angehöriger, Öffentlichkeitsarbeit u. Schulungsangebote für Mitarbeiter.</i>
	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
28	<i>Für die Therapeuten des IPRM ist die Haltungsschule wichtiger Bestandteil ihrer Therapie in allen stationären Fachbereichen sowie im ambulanten Bereich.</i>
	MP37 - Schmerztherapie/-management
29	<i>Allen Fachabteilungen steht konsiliarisch der Schmerzdienst der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin zur Verfügung. Der entsprechende Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege" ist im Klinikum Ludwigshafen etabliert.</i>
	MP38 - Sehschule/Orthoptik
30	<i>Die Augenklinik bietet in ihrer integrierten Sehschule die Untersuchung von Augenbewegungsstörungen (z.B. Schielen und Augenzittern), Sehschwächen und aller damit zusammenhängenden Krankheitsbilder an.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
31	<p>MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen</p> <p><i>Die (Tumor-)zentren bieten Seminare &amp; Vorträge an. Onkologische Fachpflegekräfte bieten jedem Betroffenen individuelle Beratung an. Die Neuro bietet Angehörigenseminare zum Umgang mit Demenz an &amp; hat das SANO-Programm zur strukturierten amb. Nachsorge nach Schlaganfall initiiert.</i></p>
32	<p>MP40 - Spezielle Entspannungstherapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet z.B. autogenes Training, die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Meditation und Yoga an.</i></p>
33	<p>MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet verschiedene Geburtsmöglichkeiten und Homöopathie unter der Geburt an. Schmerzlinderung, u. a. als therapeutische Intervention, kann durchgeführt werden.</i></p>
34	<p>MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot</p> <p><i>Eine Pflegefachberatung und Pflegeprozessbegleitung findet durch Pflegeexperten statt. In den stationären Bereichen erfolgt in der Regel die tägliche Pflegeübergabe vom Früh- zum Spätdienst im Patientenzimmer.</i></p>
35	<p>MP43 - Stillberatung</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet Stillberatung an. Es besteht eine Kooperation mit dem Stillcafe im Heinrich-Pesch-Haus Ludwigshafen.</i></p>
36	<p>MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie</p> <p><i>Neben der Behandlung von Sprach-/Sprechstörungen wird bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten insb. die Diagnostik/Therapie von Schluckstörungen zur Vorbeugung von Aspirationspneumonien fokussiert. B. Bed. werden besondere diagn. Maßnahmen, z.B. videoendoskop. Schluckuntersuchung, eingesetzt.</i></p>
37	<p>MP45 - Stomatherapie/-beratung</p> <p><i>Für die Stomaberatung bestehen Kooperationsverträge mit den Firmen B.Braun sowie GHD. Diese übernehmen die Erstversorgung und Beratung der Patienten. Für weitere Fragen stehen fortgebildete Pflegefachkräfte zur Verfügung.</i></p>
38	<p>MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik</p> <p><i>Es bestehen Kooperationen mit dem Reha Team Vorderpfalz sowie weiteren Sanitätshäusern. Die Hilfsmittel werden i.d.R. noch während des stationären Aufenthalts an die Patienten geliefert, damit die korrekte Nutzung und individuelle Anpassung mit den behandelnden Therapeuten beübt bzw. erfolgen kann.</i></p>
39	<p>MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet verschiedene Wärme-/Kältetherapien an (z.B. Heiße Rolle, Fango).</i></p>
40	<p>MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik</p> <p><i>Die Wochenbettgymnastik findet im Rahmen der physiotherapeutischen Versorgung nach der Entbindung statt.</i></p>
41	<p>MP51 - Wundmanagement</p> <p><i>Im Sinne einer optimierten Behandlung chronischer Wunden liegt eine schriftliche Empfehlung der multiprofessionell besetzten AG Wundheilung vor. Verfahrens- und Arbeitsanweisungen regeln das multiprofessionelle Vorgehen. Wundtherapeuten und Wundassistenten (DGFW) unterstützen die Pflegekräfte.</i></p>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
42	<i>Die Kliniken, Tumorzentren und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit diversen Selbsthilfegruppen (u. a. Frauenselbsthilfe nach Krebs, Deutsche ILCO e.V. etc.) zusammen.</i>
	MP53 - Aromapflege/-therapie
43	<i>Der Kreißsaal bietet den Gebärenden geburtshilfliche Aromapflege an.</i>
	MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik
44	<i>Die Hals-Nasen-Ohren-Klinik bietet sämtliche Verfahren der Hördiagnostik inklusive Hirnstammaudiometrie (BERA) und Nachweise otoakustischer Emissionen (OAE) an. In der Geburtshilfe erhalten alle Neugeborenen ein Neugeborenen-Hörscreening.</i>
	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
45	<i>Therapeuten des IPRM bieten allen Fachabteilungen die Möglichkeit des Hirnleistungstrainings an. In der Neuro werden systematisierte kognitive Basisassessments angeboten. Neuropsychologen gewährleisten bei Bedarf eine eingehende neurokognitive Testung sowie Betreuung der Betroffenen.</i>
	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
46	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis nach PNF an.</i>
	MP62 - Snoezelen
47	<i>Im angegliederten Pflegeheim des Klinikums wird eine spezielle gerontopsychiatrische Betreuung für Demenzerkrankte angeboten. Das Angebot wird durch einen Snoezelraum ergänzt.</i>
	MP63 - Sozialdienst
48	<i>Der Sozialdienst ist zuständig für die (psycho-)soziale Beratung der Patienten sowie die Verzahnung zwischen stationärer-, nachstationärer- und/oder ambulanter Versorgungsphase, einschließlich Rehabilitation und ambulanter/stationärer Pflege.</i>
	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
49	<i>Es werden regelmäßig Informations- &amp; Patiententage für die breite Öffentlichkeit, aus nahezu allen Fachbereichen des Klinikums, digital wie auch vor Ort angeboten. Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage (Veranstaltungen/Presse). Bei der VHS LU/ Rhein-Pfalzkreis werden Vorträge gehalten.</i>
	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
50	<i>Die Geburtshilfe bietet u.a. Neugeborenenenscreening inkl. Hörscreening an. Kreißsaalführungen konnten 2022 aufgrund der Corona-Beschränkungen nicht angeboten werden. Eltern können bei Kooperationspartnern das Elterncafé für einen gemeinsamen Austausch nutzen.</i>
	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
51	<i>Die NE bietet spez. Diagnostik für Patienten mit neuromuskulären Erkrank. an. Es bestehen Angebote über Spezialsprechstd. zu „Multiple Sklerose &amp; andere entzündl. Erkrank.“, Botox-Therapie, elektromyografische und -neurografische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien.</i>
	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
52	<i>Zum Klinikum gehören zwei Alten- und Pflegeheime mit mehr als 300 Plätzen. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Pflegeeinrichtungen erfolgt strukturiert unter Einsatz von Pflegeüberleitungsbögen. Treffen (inkl. Fortbildung) mit den amb. Diensten und Pflegeheimen finden statt.</i>

## # Med.pfleg. Leistungsangebot

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

Bedingt durch die Covid-19 Pandemie wurden einzelne Leistungen im Jahr 2022 zeitweise ausgesetzt oder durch digitale Angebote ersetzt.

## # Leistungsangebot

NM02: Ein-Bett-Zimmer

1 Bei Verfügbarkeit besteht auf Wunsch für Patienten gegen zusätzliches Entgelt die Möglichkeit in einem Ein-Bett-Zimmer untergebracht zu werden.

[https://www.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer\\_Wahlleistung\\_072021\\_V2\\_Homepage\\_ger.pdf](https://www.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_072021_V2_Homepage_ger.pdf)

NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

2 Bei Verfügbarkeit besteht auf Wunsch für Patienten gegen zusätzliches Entgelt die Möglichkeit in einem Ein-Bett-Zimmer mit separater Nasszelle und Dusche untergebracht zu werden.

[https://www.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer\\_Wahlleistung\\_072021\\_V2\\_Homepage\\_ger.pdf](https://www.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_072021_V2_Homepage_ger.pdf)

NM07: Rooming-in

3 Es wird ein fast ausnahmsloses Rooming-In angeboten, d.h. Neugeborene können Tag und Nacht bei ihren Müttern im Zimmer bleiben. Ein Familienzimmer steht zur Verfügung. Die Kosten belaufen sich auf ca. 100€. Es besteht außerdem die Möglichkeit, Geschwisterkinder mit der Mutter aufzunehmen.

[https://www.klilu.de/medizin\\_pflegerkliniken\\_und\\_fachbereiche/kliniken\\_a\\_z/gynaekologie\\_geburtshilfe/geburtshilfe/index\\_ger.html](https://www.klilu.de/medizin_pflegerkliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie_geburtshilfe/geburtshilfe/index_ger.html)

NM05: Mutter-Kind-Zimmer

4 Die Geburtsstation bietet bei Verfügbarkeit gegen ein zusätzliches Entgelt Familienzimmer an. Es garantiert den frischgebackenen Eltern mit dem Neugeborenen eine private häusliche Atmosphäre.

[https://www.klilu.de/medizin\\_pflegerkliniken\\_und\\_fachbereiche/kliniken\\_a\\_z/gynaekologie\\_geburtshilfe/geburtshilfe/index\\_ger.html](https://www.klilu.de/medizin_pflegerkliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie_geburtshilfe/geburtshilfe/index_ger.html)

NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)

5 Angehörige von Patienten haben die Möglichkeit - sofern ein Zimmer frei ist - im nahe gelegenen Personalwohnheim auf dem Krankenhausgelände zu übernachten. Kosten: Einzelzimmer 45,00 Euro, Doppelzimmer 55,00 Euro pro Nacht. Parken 5,95/Tag. Frühstück & Mittagessen gibt es zu den Cafeteria Preisen.

[https://www.klilu.de/patienten\\_besucher/besucher/gaestezimmer/index\\_ger.html](https://www.klilu.de/patienten_besucher/besucher/gaestezimmer/index_ger.html)

NM10: Zwei-Bett-Zimmer

6 Bei Verfügbarkeit ist auf Wunsch eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer möglich.

[https://www.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer\\_Wahlleistung\\_072021\\_V2\\_Homepage\\_ger.pdf](https://www.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_072021_V2_Homepage_ger.pdf)

#	Leistungsangebot
7	<p>NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p><i>Bei Verfügbarkeit ist eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer mit separater Nasszelle und Dusche möglich.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_072021_V2_Homepage_ger.pdf">https://www.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_072021_V2_Homepage_ger.pdf</a></p>
8	<p>NM40: Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p> <p><i>Der Lotsendienst der "Grünen Damen und Herren" im Eingangsbereich des Klinikums begleitet auf Wunsch neu einbestellte Patienten zu ihren Stationen bzw. Therapiezentren und bietet Orientierungshilfe.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/gruene_damen_und_herren/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/gruene_damen_und_herren/index_ger.html</a></p>
9	<p>NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung</p> <p><i>Die kath. u. evang. Seelsorge bietet Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden Unterstützung bei Fragen u. Sorgen an und ist Ansprechpartner für religiöse Belange. Die ehrenamtliche islamische Seelsorge ist Ansprechpartner für persönliche und religiöse Belange islamischer Patienten und Angehöriger.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html</a></p>
10	<p>NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen</p> <p><i>Das Klinikum bietet regelmäßig Informationsveranstaltungen sowie VHS-Vorträge für Patienten und Interessierte an (u.a. Onkologisches Forum, Elternabende, etc.). Diese Veranstaltungen werden über soziale Netzwerke und Aushänge bekanntgegeben. Die Veranstaltungen finden digital und in Präsenz statt.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/presse_termine/termine_veranstaltungen/index_ger.html">https://www.klilu.de/presse_termine/termine_veranstaltungen/index_ger.html</a></p>
11	<p>NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen</p> <p><i>Die Kliniken und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit unterschiedlichen Selbsthilfegruppen zusammen (z. B. Prostatakrebs Rhein-Neckar e. V., Adipositas Ludwigshafen etc.). Informationen erhalten Sie auf Anfrage direkt bei der Klinik.</i></p>
12	<p>NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen</p> <p><i>Unter Berücksichtigung der medizinischen und pflegerischen Betreuung stehen dem Patienten verschiedene Menüs zur Auswahl (muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche, glutenfreie Ernährung). Darüber hinaus stehen Ernährungsberaterinnen und eine Ökotrophologin zur Beratung zur Verfügung.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</a></p>
13	<p>NM68: Abschiedsraum</p> <p><i>Die Abschiedsräume sollen Angehörigen/Bezugspersonen ermöglichen, in einer geschützten Atmosphäre von ihren Verstorbenen Abschied zu nehmen und der eigenen Trauer Raum und Zeit zu geben. Auf Wunsch kann die Seelsorge zur Begleitung und Durchführung religiöser Abschiedsrituale hinzugezogen werden.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html</a></p>

#	Leistungsangebot
	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
14	<p><i>Alle Serviceleistungen (z.B. Wahlleistungen, Cafeteria, Bibliothek, etc.) sind auf der Internetseite "KliLu von A-Z" aufgeführt.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</a></p>

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Teamleitung Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Frau Maja Vnucec-Musikant
Telefon	0621 503 21142
Fax	0621 503 2120
E-Mail	vnucecm@klilu.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	<p>BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift</p> <p><i>Für sehbehinderte Patienten stehen im Klinikum Ludwigshafen ein spezifischer Aufzug im Haus H zur Verfügung.</i></p>
2	<p>BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung</p> <p><i>Die Schilder des Wegeleitsystems sind in gut lesbarer und kontrastreicher Beschriftung überwiegend in Augenhöhe angebracht.</i></p>
3	<p>BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen</p> <p><i>Auf Wunsch begleiten ehrenamtlich tätige "Grüne Damen" sehbehinderte Patienten zu ihren Stationen/Therapiezentren. Neben den Grünen Damen stehen auch die Mitarbeiter der Pforte für Orientierungsfragen von Besuchern zur Verfügung. Zudem helfen alle Klinikmitarbeiter gerne bei der Orientierung.</i></p>
4	<p>BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt teilweise über Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche.</i></p>
5	<p>BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen</p> <p><i>Die Eingangsbereiche, die Zentrale Patientenaufnahme sowie die Stationen/Therapiezentren des Klinikums Ludwigshafen können entweder ebenerdig, über rollstuhlgerechte Aufzüge oder über spezielle Rampen erreicht werden.</i></p>
6	<p>BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt klinikweit über gut ausgestattete Aufzüge, welche von Patienten mit Rollstuhl genutzt werden können. Die selbständige Zugänglichkeit ist hausweit gegeben.</i></p>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	<i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über gut ausgestattete Toiletten zur Nutzung durch Besucher/innen mit einem Rollstuhl. Die selbständige Zugänglichkeit ist hausweit gegeben.</i>
	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
8	<i>Auf dem Klinikgelände sind 10 Behindertenparkplätze vorhanden. Alle Klinikgebäude sind entweder ebenerdig, über rollstuhlgerechte Aufzüge oder über spezielle Rampen zu erreichen.</i>
	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
9	<i>Auf Wunsch begleiten ehrenamtlich tätige "Grüne Damen" mobilitätseingeschränkte Patienten zu ihren Stationen/Therapiezentren. Hausinterne Krankentransporte in Funktionsabteilungen, OP oder auf Station erfolgen über den Krankentransportdienst, je nach Bedarf, im Bett, Sitzwagen oder in Fußbegleitung.</i>
	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
10	<i>Im Klinikum Ludwigshafen kommen verschiedene Piktogramme (z.B. Notausgang, Rettungszeichen, Händehygiene) zum Einsatz.</i>
	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
11	<i>Die Regelungen zum Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz sind in einer Verfahrensanweisung zusammengefasst. Spezialisierte Pflegeexpertinnen für Demenz und kognitive Einschränkungen stehen den Fachkräften auf den Stationen kontinuierlich zur Verfügung.</i>
	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
12	<i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen elektrisch verstellbare Betten zur Verfügung, die auch für ein hohes Gewicht ausgelegt sind. Bei Bedarf werden Schwerlastbetten, spezielle Matratzen bzw. druckentlastende Prophylaxematratzen für schwergewichtige Patienten bis 400kg bestellt.</i>
	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
13	<i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen verstellbare OP-Tische für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.</i>
	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
14	<i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen Bettwaagen, Blutdruckmanschetten, etc. für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.</i>
	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
15	<i>Für Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße stehen dem Pflegepersonal verschiedene Hilfsgeräte, wie z.B. Schwerlastrollstühle, Patientenlifter bis 250kg, Schwerlasthocker und Roll- und Toilettenstühle mit Überbreite, zur Verfügung.</i>
	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
16	<i>Im Klinikum sind verschiedene Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht vorhanden.</i>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
17	<p>BF36 - Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten</p> <p><i>In den beiden Aufnahmebereichen der zentralen Patientenaufnahmen im Haus A und Haus H werden die Patienten im Wartebereich über einen Monitor und ein akustisches Signal aufgerufen.</i></p>
18	<p>BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus</p> <p><i>Teilweise stehen verschiedene Informationsmaterialien und Flyer in mehreren Sprachen zu dem Leistungsspektrum des Klinikums zur Verfügung.</i></p>
19	<p>BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige</p> <p><i>Alle Fachabteilungen des Klinikums sind mit einem Aufzug erreichbar. Die Aufzüge verfügen vollständig über visuelle Stockwerksanzeigen.</i></p>
20	<p>BF24 - Diätetische Angebote</p> <p><i>Patienten und Patientinnen mit tumorbedingten Ernährungsstörungen, aber auch mit Mangelernährung und bereits vorbestehenden Ernährungsstörungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen und Übergewicht werden durch geschulte Diätassistentinnen, einer Ökotrophologin und Ernährungsberaterin GHD beraten.</i></p>
21	<p>BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</p> <p><i>Die Neurologie und Geriatrie des Klinikums Ludwigshafen arbeiten mit Farbkonzepten und Orientierungshilfen (z. B. Piktogramme, Signalfarben, u.a. zur Kennzeichnung von Toilettentüren/-rahmen), damit sich Menschen mit Demenz oder geistigen Behinderung leichter zurecht finden.</i></p>
22	<p>BF25 - Dolmetscherdienst</p> <p><i>Durch die Schulung interkultureller Kompetenz, einen hausinternen Dolmetscherdienst, bestehend aus Mitarbeitern mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen, und umfassende Übersetzungshilfen im hauseigenen Intranet, ermöglicht das Klinikum eine moderne Versorgung aller Bevölkerungsgruppen.</i></p>
23	<p>BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal</p> <p><i>Für eine medizinische Behandlung ohne Sprachbarriere stehen Mitarbeiter aller Berufsgruppen, mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen, zur Verfügung.</i></p>
24	<p>BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung</p> <p><i>Die Klinikkapelle ist jederzeit geöffnet &amp; steht zum persönlichem Gebet &amp; zur Besinnung zur Verfügung. Sie ist barrierefrei zu erreichen. Gottesdienste werden durch Aushänge angekündigt &amp; in die Krankenzimmer übertragen. Zusätzlich gibt es zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen/Männern.</i></p>
25	<p>BF23 - Allergenarme Zimmer</p> <p><i>In der Medizinischen Klinik A gibt es für Leukämie-Patienten fünf allergenarme Zimmer, die ausschließlich über eine Schleuse betreten werden können.</i></p>
26	<p>BF40 - Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage</p> <p><i>Auf der Internetseite ist eine Vergrößerung und Verkleinerung der Ansichten über A+ möglich.</i></p>
27	<p>BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen</p> <p><i>In jedem Patientenzimmer des Klinikums befinden sich akustische/visuelle Signalanlagen (Patientenruf).</i></p>

**# Aspekte der Barrierefreiheit**

BF38 - Kommunikationshilfen

- 28 *Den Mitarbeitern des Klinikums stehen Kommunikationshilfen, sogenannte Erste Hilfe Piktogramme in 13 Sprachen in Wort und Bild, für eine leichtere Kommunikation mit den Patienten zur Verfügung.*

**A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses****A-8.1 Forschung und akademische Lehre****# Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten**

FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten

- 1 *Chef- und Oberärzte des Klinikums erfüllen Lehraufträge an den medizinischen Fakultäten Mainz und Mannheim sowie an denjenigen Universitäten, an denen sie selbst habilitiert sind.*

FL02 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen

- 2 *Abteilungsleiter und Fachkräfte des Klinikums beteiligen sich als Lehrbeauftragte an der Hochschule Ludwigshafen im Studiengang "Gesundheitsökonomie im Praxisverbund" sowie an der DHBW Mannheim.*

FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

- 3 *Das KliLu ist akad. Lehr-KH (29 Studierende Uni Mainz, 20 Plätze med. Fak. MA). Neben den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin u. amb. Medizin (nur MA) werden verschiedene Wahlpflichtfächer angeboten. Studierenden anderer med. Fak., auch aus dem europ. Ausland, wird eine Famulatur ermöglicht.*

FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten

- 4 *Das Klinikum Ludwigshafen arbeitet mit Hochschulen bzw. Universitäten zu den unterschiedlichsten Themen projektbezogen zusammen. Zudem wird Studierenden das Ableisten des Praxissemesters, studiengangsbezogener Praxisphasen oder einer Abschlussarbeit (Bachelor/Master) ermöglicht.*

FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien

- 5 *Betreuung über die Forschungsgesellschaft des Klinikums; Standardvorgehensweisen sind dort definiert; Sicherstellung der Genehmigung sämtlicher Studien durch die Ethikkommission; Beratung der Forschenden durch ein ärztlich zusammengesetztes Gremium für die Wissenschaft; s. weiter auch FL 06*

FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

- 6 *Das Spektrum beinhaltet sowohl die Teilnahme an internationalen klinischen Auftragsstudien unter dem AMG und MPG und post-marketing orient. Anwendungsbeobachtungen u. Registerstudien als auch die Teilnahme an von Bundeszentralstellen und Arbeitsgruppen subventionierten, meist nationalen Forschungen.*

FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien

- 7 *Eigens geplante klinisch-wissenschaftliche Forschungsprojekte werden selbst initiiert u. geleitet, auch unter Beteiligung ext. koop. Forschungszentren (z.B. in Kooperation mit der ansässigen Stiftung für Herzinfarktforschung- welche sich der Erforschung v. kardiovaskulären Erkrankungen widmet).*

FL08 - Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher

- 8 *Zahlreiche Chefärzte, Fachärzte, Abteilungsleiter und andere Fachkräfte veröffentlichen Beiträge in wissenschaftlichen Journalen oder Lehrbüchern.*

FL09 - Doktorandenbetreuung

- 9 *Im Klinikum Ludwigshafen werden Doktoranden in den verschiedenen Fachkliniken und medizinischen Instituten betreut.*

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	<p>HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin</p> <p><i>An der Klinikum eigenen Pflegeakademie werden jedes Jahr 180 GKP's ausgebildet, davon nehmen 4 Azubis in Kooperation mit der Hochschule Ludwigshafen am dualen Bachelor-Studiengang "Pflege" teil. Im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU wird auch ein Stationseinsatz im europäischen Ausland ermöglicht.</i></p>
2	<p>HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)</p> <p><i>Die OTA-Schule ist staatlich anerkannt und bildet eigene, sowie Auszubildende umliegender kooperierender Krankenhäuser aus. Auszubildende erhalten im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU die Möglichkeit, einen OP-Einsatz im europäischen Ausland zu absolvieren. Ausbildungskapazität: 75 Plätze</i></p>
3	<p>HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)</p> <p><i>Die ATA-Schule des Klinikums wurde am 01.04.2020 eröffnet und ist staatlich anerkannt. Sie bildet eigene, sowie Auszubildende umliegender kooperierender Krankenhäuser aus. Ausbildungskapazität: 75 Plätze</i></p>
4	<p>HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)</p> <p><i>Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen des Klinikums. Ausbildungskapazität: 36</i></p>
5	<p>HB12 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)</p> <p><i>Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen. Ausbildungskapazität: 75 Plätze. Seit 2015 nehmen max. je 10 Auszubildende pro Jahr in Kooperation mit der Hochschule Kaiserslautern, Campus Zweibrücken, an dem dualen Studiengang "Medizin- und Biowissenschaften" teil.</i></p>
6	<p>HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner</p> <p><i>Zur Umsetzung der praktischen generalistischen Ausbildung wurden Kooperationsvereinbarungen mit umliegenden Krankenhäusern sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege getroffen. Im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU wird ein Stationseinsatz im europäischen Ausland ermöglicht.</i></p>
7	<p>HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</p> <p><i>Seit Oktober 2021 bietet das Klinikum im Kooperation mit der DHBW Mannheim den dualen Studiengang "Pflegefachfrau/ Pflegefachmann B. Sc." an.</i></p>
8	<p>HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet den Schülern der PT-Akademie an der BG Klinik Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung. Der Einsatz erfolgt in den Fachbereichen Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie sowie Urologie.</i></p>
9	<p>HB06 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet Schülern verschiedener Ergotherapie-Schulen im Umkreis von Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung.</i></p>
10	<p>HB11 - Podologe und Podologin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen ist praktischer Ausbildungspartner für Schüler der IB Schulen in Mannheim und Trier (Kooperationsvertrag). Der Einsatz erfolgt in der Hautklinik des Klinikums.</i></p>

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
	HB09 - Logopäde und Logopädin
11	<i>Schüler/Studenten externer Ausbildungsstätten können im Klinikum ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.</i>
	HB16 - Diätassistent und Diätassistentin
12	<i>Schüler externer Ausbildungsstätten können in der Hauptküche/Diätküche des Klinikums ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.</i>
	HB18 - Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
13	<i>Das Klinikum Ludwigshafen ist Kooperationspartner verschiedener externer Schulen, die die Ausbildung zum Notfallsanitäter/ zur Notfallsanitäterin anbieten. Auszubildende dieser Schulen können die klinisch-praktische Ausbildung in ausgewählten Funktions- und Stationsbereichen absolvieren.</i>
	HB21 - Altenpflegerin, Altenpfleger
14	<i>Das Klinikum Ludwigshafen ermöglicht Auszubildenden verschiedener regionaler Altenpflegeschulen das Ableisten des im Ausbildungsrahmenplan vorgesehenen Krankenhauseinsatzes.</i>

### A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	997
---------------	-----

### A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	33062
Teilstationäre Fallzahl	1081
Ambulante Fallzahl	68781
StäB. Fallzahl	0

**A-11 Personal des Krankenhauses**

**A-11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit				40
<b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b>				
Gesamt				341,58
Beschäftigungsverhältnis	Mit	341,15	Ohne	0,43
Versorgungsform	Ambulant	50,64	Stationär	290,94
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt				186,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	186,04	Ohne	0,43
Versorgungsform	Ambulant	26,28	Stationär	160,19

**A-11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit				38,5
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				700,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	700,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	35,19	Stationär	665,78
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				49,11
Beschäftigungsverhältnis	Mit	49,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	49,11
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				42,57
Beschäftigungsverhältnis	Mit	42,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	42,57
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				1,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,47
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				44,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	44,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	44,78
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				5,15
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,15

**Pflegfachfrau/Pflegfachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

<b>Gesamt</b>				1,69
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	1,69	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,69

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>				16,92
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	16,92	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0,05	<b>Stationär</b>	16,87

**Ohne Fachabteilungszuordnung**

<b>Gesamt</b>				2,09
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	2,09	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,09

**Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>				5,39
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	5,39	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,39

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>				16,95
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	16,95	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	1,46	<b>Stationär</b>	15,49

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>				149,98
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	149,98	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	22,15	<b>Stationär</b>	127,83

**Ohne Fachabteilungszuordnung**

<b>Gesamt</b>				18,33
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	18,33	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	18,33

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal****SP04 - Diätassistentin und Diätassistent**

<b>Gesamt</b>				1
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

**SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

<b>Gesamt</b>				4,14
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	4,14	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,14

**SP06 - Erzieherin und Erzieher**

<b>Gesamt</b>				3,45
---------------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,45

#### SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt				4,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,74

#### SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				3,14
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,14

#### SP17 - Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)

Gesamt				4,79
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,79

#### SP19 - Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker

Gesamt				3
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3

#### SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				17,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,97

#### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				23,79
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	23,79

#### SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				4,01
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,01

#### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				4,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,47

#### SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt				1,81
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,81	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,81
-----------------	----------	---	-----------	------

**SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie**

Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

**SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

Gesamt				13,42
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,42

**SP30 - Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker**

Gesamt				0,14
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,14

**SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta**

Gesamt				6,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,5

**SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater**

Gesamt				3,09
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,09

**SP36 - Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer**

Gesamt				0,93
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,93

**SP40 - Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/Kinderpflegerin und Kinderpfleger**

Gesamt				0,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,87

**SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie**

Gesamt				9,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,25

**SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik**

Gesamt				0,98
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,98

#### SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Gesamt				70,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	70,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	70,27

#### SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Gesamt				30,86
Beschäftigungsverhältnis	Mit	30,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	30,86

#### SP59 - Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Gesamt				6,89
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,89

#### SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt				50,46
Beschäftigungsverhältnis	Mit	50,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	50,46

#### SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt				74,34
Beschäftigungsverhältnis	Mit	74,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	74,34

#### SP57 - Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe

Gesamt				0,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	0,6 <sup>1)</sup>
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,6

1) In der Neurologischen Klinik sind 2 Neuropsychologinnen auf Honorarbasis angestellt.

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### Gemeinsam mehr erreichen

Die Qualität der Versorgung sowie die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der im Unternehmen Beschäftigten sind elementare Schwerpunkte der Stabsstelle Qualitätsmanagement und stehen im Fokus unseres Handelns.

Die Stabsstelle Qualitätsmanagement (QM) ist der Geschäftsführung direkt zugeordnet, sodass Prozesse und Projekte zentral initiiert, geleitet und koordiniert werden können.

Um die Qualitätsthemen bestmöglich in allen Bereichen und auf den Stationen zu platzieren, gibt es im Klinikum Ludwigshafen (KliLu) Qualitätsbeauftragte Mitarbeitende (QBs), die unsere fachspezifischen Ansprechpartner im Klinikum sind. Die Beauftragten sind Mitarbeitende aus dem pflegerischen, ärztlichen oder administrativen Bereich, die sich über alle medizinischen und nicht-medizinischen Abteilungen des Hauses verteilen.

Durch die enge Zusammenarbeit können die Beauftragten zum einen relevante Informationen aus dem QM an alle Mitarbeitende ihres Bereiches weitergeben und zum anderen haben unsere QBs die Möglichkeit, stellvertretend für ihre Fachabteilung, qualitätsrelevante Themen an die Stabsstelle Qualitätsmanagement zu adressieren.

Über monatlich stattfindende QB-Treffen wird ein kontinuierlicher Austausch sichergestellt, und Neuerungen, Änderungen sowie wichtige Themen über den eingeführten Änderungsdienst in die Klinik kommuniziert. Deshalb ist der Ansatz „aus der Praxis – für die Praxis“ die Basis eines gelebten Qualitätsmanagements, die durch offene Kommunikationsstrukturen, kurze Wege und einem aktiven Austausch miteinander geprägt ist.

Zusätzlich gibt es im Klinikum das QM-Kernteam, das aus der Leiterin der Stabsstelle QM, der CIRS-Koordinatorin, dem Ansprechpartner für Arzt- und Krankenhaushaftung sowie der Ansprechpartnerin für Patientenangelegenheiten besteht. Dort werden in regelmäßigen Abständen schnittstellenübergreifende Fälle besprochen und eine gemeinsame Vorgehensweise beschlossen.

Zwei Mal im Jahr treffen sich sämtliche Qualitätsmanagementbeauftragten aus den Kliniken in der Region zum „QM-Netzwerktreffen“. Dort werden aktuelle QM Themen besprochen und Erfahrungen ausgetauscht.

**Zertifizierungen**

Tumorzentren	Zentren	Weitere Zertifizierungen
Brustzentrum Ludwigshafen	Cardiac Arrest Center	Angehörigenfreundliche Intensivstation
Hauttumorzentrum Rheinpfalz	Zertifizierung Cert IQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH	Zertifizierung Stiftung Pflege e.V.
Kopf-Hals-Tumor-Zentrum Ludwigshafen	Chest Pain Unit	Apotheke
Onkologisches Zentrum Ludwigshafen	Zertifizierung Deutsche Gesellschaft für Kardiologie	Zertifizierung LAK RLP (DIN EN ISO 9001:2015)
Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz	Cochlea-Implantat-versorgende Einrichtung	Arbeitsförderung - AZAV
Viszeralonkologisches Zentrum Rheinpfalz	Zertifizierung ClarCert GmbH	Zertifizierung TÜV SÜD
• Darmzentrum Rheinpfalz	Diabeteszentrum	Informationssicherheitsmanagementsystem (TRNLU)
• Magenkrebszentrum Rheinpfalz	Zertifizierung Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)	Zertifizierung TÜV Saarland
• Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz	Gefäßzentrum	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Zentrum für Hämatologische Neoplasien	Zertifizierung Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)	Akkreditierung (DIN EN ISO 15189:2014 und 22870:2017)
Zertifizierung Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Neuromuskuläres Zentrum Rhein-Neckar	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)
	Zertifizierung Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DKG)	Zertifizierung (DIN EN ISO 13485:2012 / AC:2012)
	Shunt-Referenzzentrum	Bronze-Zertifikat Aktion Saubere Hände
	Zertifizierung Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG) und LGA InterCert GmbH	Zertifizierung Nationales Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen Charité Universitätsmedizin Berlin
	Überregionales Heart Failure Unit Zentrum (HFU-Zentrum)	
	Zertifizierung Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG) und LGA InterCert GmbH	
	Überregionales Stroke Unit	

Unser Qualitätsanspruch ist hoch - deswegen ist es uns wichtig, unsere Klinikbereiche regelmäßig einer unabhängigen und externen Bewertung zu unterziehen. Zahlreiche Zertifizierungen nach den Kriterien unterschiedlicher medizinischer Fachgesellschaften bescheinigen unsere hohe Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Behandlungsprozesse sowie die Erreichung vieler weiterer geforderter Qualitätskriterien.

Hier finden Sie unsere Zertifizierungen im Überblick:

Onkologisches Zentrum Ludwigshafen

Das Onkologische Zentrum Ludwigshafen (OZLU) besteht seit 1999 und wurde erstmals 2010 zertifiziert. Die interdisziplinäre Vernetzung von Spezialisten zählt zu den entscheidenden Aspekten in der modernen Krebsbehandlung. Das Onkologische Zentrum ist in das Tumorzentrum Rheinland-Pfalz integriert. Unter dem Dach des Onkologischen Zentrums ist die Kompetenz aller Tumorzentren gebündelt.

Brustzentrum Ludwigshafen

Das Brustzentrum Ludwigshafen ist seit 2006 zertifiziert. Im Brustzentrum werden sämtliche Erkrankungen der Brust behandelt. Dabei arbeiten Spezialisten in enger Kooperation mit niedergelassenen Frauenärzten, Selbsthilfegruppen und weiteren Fachdisziplinen zusammen.

Hauttumorzentrum Rheinpfalz

Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist seit 2009 zertifiziert. Schwerpunktaufgaben im Hauttumorzentrum sind Diagnostik, Beratung, Therapie und Nachsorge bei allen Arten von Hautkrebs. Die Forschung in Form von Grundlagenforschung sowie klinischer Forschung gehört dabei ebenso zu den Anliegen wie die intensive Betreuung von Patienten.

Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen ist seit 2016 zertifiziert und bietet mit seinen Kooperationspartnern in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden niedergelassenen Ärzten Diagnostik, Therapie, Begleitung und Nachsorge auf modernstem Niveau.

Prostatakarzinomzentrum

Das Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz ist bei steigenden Fallzahlen seit 2008 durchgehend durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Die langjährige Erfahrung bei der Behandlung des Prostatakarzinoms und die stetige Weiterentwicklung der angewandten Techniken ermöglichen es, die Patienten auf höchstem Niveau gemäß nationaler und internationaler Standards zu behandeln.

Viszeralonkologisches Zentrum Rheinpfalz

Das Viszeralonkologische Zentrum ist ein Zusammenschluss aus drei Organkrebszentren: Darmzentrum Rheinpfalz (zertifiziert seit 2009), Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz (zertifiziert seit 2011) und Magenkrebszentrum Rheinpfalz (zertifiziert seit 2017), welche durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert sind. Spezialisten unterschiedlicher Berufsgruppen und verschiedener medizinischer Fachrichtungen stehen zur Verfügung für die bestmögliche und leitliniengerechte Diagnostik und Therapie bei Darm-, Bauchspeicheldrüsen- und Magenkrebs. Neben der rein medizinischen Behandlung liegt das Augenmerk besonders auf rehabilitativen Maßnahmen, Unterstützung durch Psychoonkologie und Sozialdienst sowie einer lückenlosen Überleitung aus dem stationären in den ambulanten Bereich.

Diabeteszentrum

Das Diabeteszentrum ist seit 2009 zertifiziert und betreut Patienten mit Typ1- und Typ2- sowie Schwangerschaftsdiabetes und Patienten, die in Folge von Bauchspeicheldrüsenerkrankungen einen Diabetes entwickelt haben.

#### Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie

Das Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie besteht seit 2019 und wurde erstmals 2019 zertifiziert.

#### Gefäßzentrum

Das Gefäßzentrum ist seit 2013 zertifiziert. Die Anwendung des Wissens und der Erfahrungen aller beteiligten Abteilungen sowohl bei der Indikationsstellung, als auch bei der Wahl des individuell besten Behandlungsverfahrens garantiert einen optimalen Therapieerfolg. Das Klinikum verfügt zudem über ein Team aus Wundspezialisten, die abteilungsübergreifend einen Wundbehandlungsstandard erarbeitet haben.

#### Neuromuskuläres Zentrum Rhein-Neckar

Im Neuromuskulären Zentrum Rhein-Neckar betreuen spezialisierte Neurologen in Zusammenarbeit mit verschiedenen anderen Fachdisziplinen Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen. Das Neuromuskuläre Zentrum Rhein-Neckar ist seit 2018 ein nach den Bestimmungen der "Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V." (DGM) zertifiziertes Zentrum. Folgende Kliniken sind daran beteiligt: Neurologische Kliniken des Klinikums Ludwigshafen, der Universitätskliniken Heidelberg und Mannheim, des Klinikums Karlsruhe und des Diakonissen-Krankenhaus Mannheim sowie die Neuropädiatrische Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg.

#### Regionales Shunt-Zentrum

Das Internationale Zertifizierungsinstitut für Management und Personal, ClarCert, bestätigte im Oktober 2018, dass das Shuntzentrum am Klinikum Ludwigshafen die Vorgaben an ein Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge durch die Behandlungseinheiten Medizinische Klinik A (Schwerpunkt Nephrologie), Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie) und Diagnostische und Interventionelle Radiologie erfüllt.

#### Überregionales Heart-Failure-Unit-Zentrum (HFU-Zentrum)

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) bestätigte im Februar 2020, dass das Heart-Failure- Unit-Zentrum (HFU) am Klinikum Ludwigshafen die Vorgaben an ein Interdisziplinäres Zentrum durch die Kooperation zwischen den Kliniken für Kardiologie und Kardiochirurgie, darüber hinaus auch mit den niedergelassenen Kollegen und innerhalb des Krankenhauses erfüllt. Aus einer engen Kooperation mit der Radiologie resultiert eine hohe Expertise auf dem Gebiet des Kardio-CT und Kardio-MRT.

#### Angehörigenfreundliche Intensivstation

Das Zertifikat "Angehörigenfreundliche Intensivstation" wird seit über 10 Jahren vom Pflege e.V. und der Universität Witten/Herdecke (UW/H) vergeben. Ausgezeichnet werden Intensivstationen, welche optimale Rahmenbedingungen zur Angehörigenbegleitung geschaffen haben und damit Patienten und Angehörigen Vertrautheit und Schutz garantieren können.

#### Apotheke

Die Apotheke ist seit 2008 zertifiziert. Sie versteht sich als zentrale Serviceabteilung des Klinikums und bietet alle Dienstleistungen rund um die Arzneimitteltherapie u.a. Umstellung der Hausmedikation eines Patienten auf wirkungsgleiche Klinikpräparate, die patientenindividuelle Herstellung von Arzneimitteln zur Behandlung von Krebserkrankungen oder die Mitarbeit bei der Durchführung klinischer Studien.

#### Chest Pain Unit

Die Chest Pain Unit (Notfalleinrichtung für Patienten mit unklarem Brustschmerz) ist seit 2010 zertifiziert und integraler Bestandteil der internistischen Notaufnahme. Hier stehen rund um die Uhr kardiologisch versierte Ärzte bereit, die sofort alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte einleiten.

#### Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

Das Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin ist seit 2002 zertifiziert. Neben dem breiten Spektrum der Standarddiagnostik (Klinische Chemie, Molekulare Diagnostik, Medizinische Mikrobiologie und Serologie) wird ebenfalls das Spezialgebiet der Diagnostik mitochondrialer Erkrankungen angeboten.

#### Informationssicherheitsmanagementsystem

Die Innovation und Technologie Rhein Neckar Ludwigshafen GmbH (ITRNLU) ist seit 2020 nach der ISO/IEC 27001:2013 zertifiziert.

#### Überregionale Stroke Unit

Das Spezialzentrum zur Schlaganfallversorgung ist eine überregionale Einrichtung in Rheinland-Pfalz, in der sämtliche Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen interdisziplinär auf höchstem Niveau und unter Berücksichtigung modernster Therapiekonzepte versorgt werden können. Die überregionale Stroke Unit in unserer Neurologischen Klinik, ist seit 2013 von der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) und der LGA InterCert zertifiziert und mit 14 Überwachungsbetten ausgestattet. Für Patientinnen und Patienten mit einem akuten Schlaganfall steht rund um die Uhr ein kompetentes und engagiertes Behandlungsteam zur Verfügung.

#### Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)

Die Aufgaben der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) im Klinikum Ludwigshafen sind die Reinigung, Desinfektion, Pflege, Sortierung, Sterilisation und Bereitstellung von Medizinprodukten, beispielsweise Operationsinstrumente. Dafür wurde die ZSVA mit modernster Reinigungs- und Sterilisationstechnik ausgestattet. Die Arbeitsmenge liegt bei rund 60.000 Sterilguteinheiten (STE). Der TÜV Rheinland bescheinigt der ZSVA der Wirtschaftsgesellschaft im Klinikum Ludwigshafen, ein Qualitätsmanagementsystem für Medizinprodukte eingeführt zu haben und anzuwenden. Das Zertifikat gilt für die Aufbereitung von Medizinprodukten in der ZSVA der Wirtschaftsgesellschaft im Klinikum Ludwigshafen, einschließlich der Einstufung "kritisch C", in der ZSVA, entsprechend

der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten".

#### Aktion Saubere Hände

Die Aktion Saubere Hände ist ein Aktionsbündnis mehrerer Institutionen des deutschen Gesundheitswesens. Es soll zur Verbreitung und Stärkung der Händehygiene in medizinischen und in pflegerischen Arbeitsbereichen beitragen, um Krankenhausinfektionen vorzubeugen. Die Aktion Saubere Hände zeichnet Krankenhäuser, die sich besonders stringent um die Händehygiene bemühen, mit Zertifikaten in den Klassen Bronze, Silber und Gold aus.

#### Cardiac Arrest Center

Die Zertifizierungsstelle CERT IQ GmbH bescheinigt der Medizinischen Klinik B die erfolgreiche Zertifizierung als Cardiac Arrest Center.

#### Arbeitsförderung - AZAV

Die Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung - Arbeitsförderung - AZAV bescheinigt dem Klinikum Ludwigshafen ein zugelassener Träger nach dem Recht der Arbeitsförderung im Bereich "Berufliche Weiterbildung FbW" zu sein.

Beispiele für Instrumente der Stabsstelle Qualitätsmanagement

#### Interne Audits

Über die Stabsstelle Qualitätsmanagement werden in geplanten Abständen in allen Kliniken, Instituten und Bereichen interne Audits, Kurzaudits und Risikoaudits durchgeführt. Dabei wird das QM-System systematisch bewertet und Prozesse, Anforderungen (intern/gesetzlich), Richtlinien und definierte Ziele hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Es wird ermittelt, ob der Ist-Zustand mit dem geforderten Soll-Zustand übereinstimmt. Nach jedem Audit erstellt die Stabsstelle Qualitätsmanagement einen Auditbericht, versendet diesen an den begangenen Bereich, der daraus die definierten Maßnahmen umsetzt.

#### Patientenbefragung

Darüber hinaus haben stationäre Patienten die Möglichkeit, an einer kontinuierlichen Patientenbefragung der Stabsstelle Qualitätsmanagement teilzunehmen. Zusätzlich werden spezielle Patientenbefragungen im Bereich der Tumorzentren und Zentren, auf den Intensivstationen und in verschiedenen Kliniken durchgeführt.

#### Einweiserbefragung

Außerdem führt die Stabsstelle Qualitätsmanagement alle drei Jahre über einen Zeitraum von einem Monat eine Einweiserbefragung für jedes Tumorzentrum (Brustzentrum, Hauttumorzentrum, Kopf-Hals-Tumorzentrum, Onkologisches Zentrum, Prostatakarzinomzentrum, Viszeralonkologisches Zentrum (Darmzentrum, Magenzentrum, Pankreaskarzinomzentrum)) durch. Die Ergebnisse bieten eine wichtige Grundlage, um die hausinternen Abläufe zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren.

#### Mitarbeiterbefragung

Über eine Interviewreihe wurden 2022 Beschäftigte aus allen Bereichen und Berufsgruppen zu den Themen Technik, Prozess, Kompetenzen, Haltung, Zusammenarbeit, Chancen, Risiken, Mehrwert befragt. Anhand eines wissenschaftlichen Bezugsrahmens wurden die Inhalte dieser qualitativen Interviewreihe streng anonymisiert deskriptiv und explikativ ausgewertet. Maßnahmen wurden mit den Fachabteilungen abgeleitet.

#### Critical Incident Reporting System (CIRS): Fehler erkennen und zwar bevor sie passieren

Im KliLu ist das Critical Incident Reporting System (CIRS) seit vielen Jahren fest etabliert und fester Bestandteil einer gelebten Fehlerkultur. Mitarbeiter können zu jedem Zeitpunkt anonym und sanktionsfrei Fehler, Beinahe-Fehler und Prozessstörungen, welche die Patienten- und Mitarbeitersicherheit beeinflussen oder gar gefährden, melden. Mit dem Wissen darum, können Maßnahmen zur Handlungssicherheit abgeleitet und umgesetzt werden. Um die Sicherheit zu erhöhen, werden die gemeldeten Inhalte in interdisziplinären Arbeitsgruppen gesamthausbezogen analysiert, zielgerichtet bearbeitet und bei Bedarf Prozesse optimiert.

#### Medical-Team-Trainings „Warum machen Menschen Fehler und was kann man dagegen tun“

Kommunikation, Teamarbeit, Situationsbewusstsein und Entscheidungsfindung sind oft kritische und in ihrer Konsequenz fehlerbegünstigende Faktoren. Diese Fähigkeiten werden in Medical-Team-Trainings geschult. Alle Mitarbeiter, die am Patienten arbeiten (Ärztlicher Dienst, Pflege- und Funktionsdienst, MTD einschl. Physiotherapie, Krankentransport) nehmen einmalig an den Medical-Team-Training- Schulungen teil. Die Schulungen werden von einem Piloten aus der Luftfahrt sowie einem Mediziner durchgeführt.

#### Patienten-ID-Armband (Identifikationsarmband) „Sicher durchs Krankenhaus“

Patientenidentifikation ist ein wesentlicher Aspekt im Rahmen der Patientensicherheit und das Patientenarmband trägt zur sicheren Identifikation bei, insbesondere, wenn aufgrund einer Narkose oder anderer Faktoren das Bewusstsein fehlt. Patienten erhalten für den gesamten Aufenthalt im KliLu ein Patientenidentifikationsarmband, das bei der Patientenaufnahme am Handgelenk angelegt wird.

#### Patientensicherheit bei Operationen und invasiven Eingriffen - „weil's drauf ankommt“

Ein weiteres Sicherheitsmerkmal sind Sicherheits-Checklisten, die bei operativen und invasiven Eingriffen zum Tragen kommen.

Mit der OP-Transfercheckliste wird die Sicherheit des Patienten vor, während und nach OP/ invasiven Eingriffen über abgefragte Parameter sichergestellt. So hat jeder Mitarbeiter jederzeit Kenntnis über den aktuellen Stand im Prozess.

#### Pflichtschulungen für die Mitarbeiter

Im Klinikum werden Pflichtschulungen als Online-Schulungen sowie als Präsenz-Schulungen angeboten. Ein Beispiel hierfür ist die Reanimationsschulung, die als Präsenzschiulung für alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt verpflichtend ist. In Risikobereichen erfolgen jährliche Schulungen nach ACLS. Die stattgefundenen Reanimationseinsätze im Klinikum werden auf standardisierten Protokollen erfasst, jährlich ausgewertet und besprochen.

Kundenzufriedenheit (Kontaktstelle für Patienten Anliegen)

Die Zufriedenheit unserer Patienten liegt uns am Herzen und ist für uns ein wichtiges Kriterium in der Patientenbehandlung. Als lernende Organisation hat das KliLu den Anspruch, aus den eingehenden Rückmeldungen zu lernen, Prozessstörungen zu identifizieren und die Abläufe kontinuierlich zu verbessern.

Die Patienten des Klinikums können sich mit ihren Anliegen persönlich an jeden Mitarbeitenden, aber auch an unsere Kontaktstelle für Patienten Anliegen wenden. Diese Kontaktstelle wurde eingerichtet, damit die Patienten während ihres Aufenthaltes die Möglichkeit haben, sich aktiv zu den verschiedenen Leistungsbereichen zu äußern. Über sogenannte Interviews, die vor Ort bei den Patienten stattfinden, können positive wie auch negative Eindrücke und Erfahrungen direkt zurückgemeldet werden. Anhand dieser Rückmeldungen werden zeitnah Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt.

**A-12.1.1 Verantwortliche Person**

<b>Funktion / Arbeitsschwerpunkt</b>	Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Antonie Ege
<b>Telefon</b>	0621 503 2021
<b>Fax</b>	0621 503 2139
<b>E-Mail</b>	qm@kliu.de

**A-12.1.2 Lenkungsremium**

**Lenkungsremium**

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht	Ja
---	----

**Wenn ja**

<b>Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche</b>	Lenkungsremium: Geschäftsführung, Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Leitung Stabsstelle QM
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich

**A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

Viele Handlungen im Krankenhaus sind mit Risiken verbunden. Deshalb werden diese systematisch identifiziert, analysiert, bewertet und daraufhin beurteilt, ob Maßnahmen zur Risikobewältigung und damit zur Senkung anzuwenden sind. Wesentlich für das Risikomanagement ist der Zusammenhang zwischen den vielfältigen Risikokriterien einerseits sowie den Führungszielen der Organisation, dem Umfeld und den Stakeholdern andererseits.

Daher ist das Risikomanagement ebenfalls ein Teil des Klinikmanagements und befasst sich mit den krankenhausspezifischen Gefahren und deren Minimierung. Zur Einführung des Risikomanagements im Klinikum Ludwigshafen wurden vier Risikomanager nach der ONR 49000:2014 (Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement, Leitung Stabsstelle Controlling, Leitung Medizincontrolling, Leitung Stabsstelle Compliance & Recht) ausgebildet. Daraufhin wurden im Dezember 2018 das Compliance Managementsystem und insbesondere der dortige Baustein zum Compliance-Risikomanagement erfolgreich zertifiziert. Im nächsten Schritt wurde, analog zum Compliancemanagement, das klinische und betriebswirtschaftliche Risikomanagement aufgebaut und eingeführt.

Ein Risikomanagementhandbuch (inklusive Risikomanagementprozess) und eine Exel-Risiko-Map liegt entsprechend den Vorgaben der ONR 49000 vor.

Ziel des Risikomanagements ist es, die krankenhausernehmerische Zielerreichung gegen Gefahren zu sichern. Es leitet sich aus der Definition von Risiko ab: Risiko ist in Abgrenzung zu Chancen die negative Auswirkung von Zielerreichungsunsicherheiten. Dazu werden klinische, wirtschaftliche und rechtliche Risiken durch systematische Risikoerkennung und -berichterstattung ermittelt. Die festgestellten Risiken werden auf mögliche Schadensfolgen und deren Eintrittswahrscheinlichkeit untersucht.

Für ein wirkungsvolles Risikomanagement müssen nachfolgende Grundsätze in allen Ebenen des Klinikums gelebt werden:

- **Risikomanagement schafft und schützt unsere Werte**  
Risikomanagement trägt zur Zielerreichung und Wertmehrung bei; Grundlage ist die Gesundheitsfürsorge als Kernaufgabe unserer Einrichtung.
- **Risikomanagement ist Bestandteil von Organisationsprozessen**  
Risikomanagement liegt in der Verantwortung der Geschäftsführung und ist ein integraler Teil aller Organisationsprozesse.

- **Risikomanagement ist Teil der Entscheidungsfindung**  
Risikomanagement hilft Entscheidungsträgern, informiert und risikoadäquat zu handeln und zu priorisieren.
- **Risikomanagement befasst sich mit Unsicherheiten**  
Risikomanagement berücksichtigt ausdrücklich Wesen und Umgang von und mit Unsicherheiten.
- **Risikomanagement ist systematisch, strukturiert und zeitgerecht**  
Ein systematischer, strukturierter und zeitgerechter Risikomanagementansatz trägt zur Leistungsfähigkeit und zur Ergebnisqualität bei.
- **Risikomanagement stützt sich auf die bestverfügbaren Informationen**  
Risikomanagementprozesse beruhen auf Informationsquellen wie historische Daten, Erfahrungen, Rückmeldungen, Schnittstellenanalysen, Beobachtungen, Prognosen und Expertenmeinungen. Die Risikomanager sind Ansprechpartner für alle risikorelevanten Informationen innerhalb des Klinikums.
- **Expertenmeinungen**  
Die Risikomanager sind Ansprechpartner für alle risikorelevanten Informationen innerhalb des Klinikums.
- **Risikomanagement ist maßgeschneidert**  
Risikomanagement ist auf die gesamte Organisation und das Risikoprofil abgestimmt.
- **Risikomanagement berücksichtigt Human- und Kulturfaktoren**  
Risikomanagement berücksichtigt Fähigkeiten, Wahrnehmungen und Intentionen von Personen mit Einfluss auf die Zielerreichung innerhalb und außerhalb des Klinikums.
- **Risikomanagement ist transparent und integrativ**  
Zweckmäßige und zeitgerechte Einbindung von Entscheidungsträgern sichert Relevanz und Aktualität des Risikomanagements.
- **Risikomanagement reagiert auf Veränderungen**  
Risikomanagement ermittelt und reagiert auf Veränderungen durch interne oder externe Ereignisse.

**Die Umsetzung dieser Grundsätze bedeutet insbesondere:**

- Höhere und nachhaltige Zielerreichungswahrscheinlichkeit
- Reduktion von Schadensfällen
- Verbesserung von Gesundheit, Sicherheit und Umweltschutz
- Stärkung von Bewusstsein und Akzeptanz für und von Risikomanagement
- Stärkung des Vertrauens von Stakeholdern
- Gewährleistung von Versicherungsschutz

**A-12.2.1 Verantwortliche Person**

**Verantwortliche Person**

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	eigenständige Position für Risikomanagement
---	---

**Kontaktdaten**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Hans-Friedrich Günther
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 2008
E-Mail	hf.guenther@klilu.de

**A-12.2.2 Lenkungsremium**

**Lenkungsremium**

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
--	---

**Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement**

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Lenkungsremium: Geschäftsführung, Ärztliche Pflegedirektion, Leitung Stabsstelle QM	Direktion,
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich	

**A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen**

**Instrumente und Maßnahmen**

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> QM-Handbuch Gesamtklinikum, QM-Handbücher der einzelnen Kliniken, Tumorzentren, Zentren sowie in den Verwaltungsbereichen</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 03.11.2023</p>
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Medizinisches Notfallmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 20.10.2021</p>
5	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Expertenstandard Schmerzmanagement in der Ärztlichen und Pflegerischen Tätigkeit bei akuten, chronischen und tumorbedingten Schmerzen sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 21.03.2023</p>
6	<p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege" sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 25.03.2020</p>
7	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Dekubitusprophylaxe sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 07.08.2023</p>
8	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 25.01.2023</p>
9	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Meldung von mutmaßlichen Vorkommnissen in Verbindung mit Medizinprodukten sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 22.08.2022</p>
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	<p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Spezifische OP-Transferchecklisten für die verschiedenen Eingriffe/Untersuchungen der einzelnen Kliniken; VA Zählkontrolle von Instrumenten und Textilien innerhalb des Operationsprozesses sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 28.07.2020</p>
14	<p>RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> CL Patientenvorbereitung auf Station; Spezifische OP-Transferchecklisten für die verschiedenen Eingriffe/Untersuchungen der einzelnen Kliniken</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 13.09.2023</p>
15	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Spezifische OP-Transferchecklisten für diverse Eingriffe der einzelnen Kliniken; Patientenidentifikation (Patientenarmband) inkl. Online-Schulung, Medical Teamtraining für neue Mitarbeiter; AA Vermeidung von Patienten- u Eingriffsverwechslungen im OP sowie dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 31.03.2022</p>
16	<p>RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Standards und Empfehlungen (Regelungen zu: Aufwachraum Protokoll, Narkoseprotokoll/ Anordnung für Aufwachraum (Narco-Data), Schmerzscore, Aldrete's Score) sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 18.04.2019</p>
17	<p>RM18: Entlassungsmanagement</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Entlassmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 21.04.2022</p>

**Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen**

- Qualitätszirkel
- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Andere: Klinikübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit, Palliativkonsil, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Qualitätszirkel mit niedergelassenen Ärzten, Klinikkonferenzen

**A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems**

Im Bereich des Qualitäts- und Risikomanagements ist es wichtig, dort hinzuschauen, wo Risikokonstellationen entstehen können, um diese frühzeitig zu identifizieren. Fehler passieren und umso wichtiger ist es, aus diesen zu lernen und Maßnahmen zur Prävention abzuleiten.

Im KliLu wird sowohl ein internes als auch einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem (Fehlermeldesystem) genutzt.

Das interne Fehlermeldesystem fester Bestandteil einer gelebten Fehlerkultur. Mitarbeitende können von jedem PC-Arbeitsplatz einfach und anonym Fehler, Beinahe-Fehler und Prozessstörungen melden, welche die Patienten- und Mitarbeitersicherheit beeinflussen oder gar gefährden. Dadurch können Maßnahmen zur Handlungssicherheit abgeleitet und umgesetzt werden.

In interdisziplinären Arbeitsgruppen werden die Fallmeldungen gesamthausbezogen analysiert, zielgerichtet bearbeitet und Prozesse optimiert, Mitarbeiter geschult und die Wirksamkeit evaluiert.

Das System bietet somit die Möglichkeit gemeinsam aus Fehlern zu lernen. Dies ist ein elementarer Bestandteil einer aktiv gelebten Sicherheitskultur.

Regelmäßige Schulungen der Mitarbeitenden zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem finden regelmäßig statt, um eine flächendeckende Einbindung der Beteiligten zu gewährleisten.

Im ärztlichen, pflegerischen und medizinischen Bereich gibt es CIRS-beauftragte Mitarbeiter, die als Ansprechpartner und Multiplikatoren fungieren. Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen erfolgen in einem wöchentlichen Rhythmus, sowie die Vorstellung relevanter Fallmeldungen im Qualitätsbeauftragten-Treffen (QB-Treffen).

Transparenz und Nachhaltigkeit wird über verschiedenen Kanäle ermöglicht, u.a. über die QM-Zeitung, den Pflege-Newsletter oder die CIRS-Intranetseite.

Neben dem internen CIRS erfolgt auch die Beteiligung an einer einrichtungsübergreifenden CIRS-Plattform, die einen klinikübergreifenden Austausch von CIRS-Fallberichten ermöglicht.

**Internes Fehlermeldesystem**

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

**Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems**

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <b>Letzte Aktualisierung:</b> 26.08.2020
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <b>Frequenz:</b> monatlich
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <b>Frequenz:</b> bei Bedarf

**Details**

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	CIRS ist ein wichtiges Instrument des QM's zur Steigerung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit. Im Rahmen einer gelebten Sicherheitskultur findet ein kontinuierlicher Austausch mit allen am Prozess Beteiligten statt, um in gemeinsamer Zusammenarbeit die Lösung von Sachverhalten zu initiieren und Maßnahmen zur Prozesssicherheit umzusetzen. Dies funktioniert umso besser mit dem Motto: Aus der Praxis, für die Praxis.

**A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

Seit September 2017 nimmt das Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH kontinuierlich an dem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem CIRS Health Care teil.

**Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)**

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

**Genutzte Systeme**

#	Bezeichnung
1	EF14: CIRS Health Care

**Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse**

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich

**A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

**A-12.3.1 Hygienepersonal**

**Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker**

Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Dr. Sebastian Kevekordes, Annette Barwich

**Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	35
Erläuterungen	In jeder Abteilung ist ein hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin sowie ein Stellvertreter bestellt, der über eine von der Landesärztekammer anerkannte Fortbildung verfügt. Dieser ist Ansprechpartner in Fragen der Hygiene und Infektionsprävention und wirkt bei der Einhaltung diesbezüglicher Regeln mit.

**Hygienefachkräfte (HFK)**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	5
Erläuterungen	Derzeit befinden sich 2 weitere Pflegekräfte in Weiterbildung zur Hygienefachkraft.

**Hygienebeauftragte in der Pflege**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	90
Erläuterungen	Für jede Station/ jeden Bereich des Klinikums sind hygienebeauftragte Pflegekräfte benannt, die Ansprechpartner in Fragen der Hygiene und Infektionsprävention für das Pflegepersonal und das sonstige medizinische Assistenzpersonal auf den Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen sind. Sie sind Ansprechperson für die Hygienefachkräfte, die Krankenhaushygieniker und achten auf die frühzeitige Wahrnehmung bzw. Meldung von nosokomialen Infektionen.

**A-12.3.1.1 Hygienekommission**

**Hygienekommission**

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

**Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt des Instituts für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Matthias F. Bauer
Telefon	0621 503 3500
Fax	0621 503 3520
E-Mail	bauermat@kli.lu.de

**A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**

**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

**Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor**

Auswahl	Ja
---------	----

**Der Standard thematisiert insbesondere**

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

**Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen**

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

**Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert**

Auswahl	Ja
---------	----

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

Auswahl	Ja
---------	----

**Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert**

Auswahl	Ja
---------	----

**A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie**

**Leitlinie zur 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 Antibiotikaphylaxe liegt vor**

Auswahl Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere**

#	Option	Auswahl
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	Ja

**Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert**

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

**Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor**

Auswahl Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere**

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

**Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert**

Auswahl Ja

**A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

**Allgemeinstationen**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminstationen erhoben Ja

**Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen**

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag) 26

**Intensivstationen**

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

**Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen**

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 142

**Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen**

Auswahl Ja

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

#### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja

#### Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

#### Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>HM01: Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten</p> <p><b>Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten:</b> <a href="http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a></p> <p><i>Die Referenzdaten aller teilnehmenden Krankenhäuser sind auf der Homepage des Nationalen Referenzzentrums für Nosokomiale Infektionen verfügbar.</i></p>
2	<p>HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen</p> <p><i>Das Klinikum nimmt an dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen an folgenden Modulen teil: HAND-KISS, ITS-KISS, OP-KISS. Das HAND-KISS ist mit der Bronze-Urkunde ausgezeichnet.</i></p>
3	<p>HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen</p> <p><b>Name:</b> Teilnahme am MRE-Netzwerk (Multiresistente Erreger) der Metropolregion Rhein-Neckar</p> <p><i>Am MRE-Netzwerk nehmen insgesamt 36 Kliniken der Metropolregion Rhein-Neckar teil. Diese Kliniken erarbeiten u.a. einheitliche Hygieneempfehlungen und bearbeiten sämtliche Fragestellungen zum Umgang mit multiresistenten Erregern, um deren Verbreitung zu verringern.</i></p>
4	<p>HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)</p> <p><b>Teilnahme ASH:</b> Zertifikat Bronze</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen besitzt das Zertifikat in "Bronze". Zusätzlich werden regelmäßig Aktionstage für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige durchgeführt.</i></p>
5	<p>HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten</p> <p><b>Frequenz:</b> jährlich</p> <p><i>Die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung des Klinikums ist seit 2013 nach DIN EN ISO 13485 zertifiziert (Re-Zert. 2023). Die Überprüfung von Aufbereitung u. Sterilisation von Medizinprodukten erfolgt durch interne Audits sowie durch die jährlichen externen Überwachungs- und Zertifizierungsaudits.</i></p>
6	<p>HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen</p> <p><b>Frequenz:</b> halbjährlich</p> <p><i>2x jährl. hygienebeauftragte Ärzte &amp; Pflegekräfte, 1x jährl. hygieneverantwortliche MA Funktion &amp; MFA, 2x jährl. Sachkunde, 2x jährl. Fachkunde 1, 1x jährl. Fachkunde 2, 1x jährlich OTA-Kurs, 1x jährl. Impfseminar Ärzte, 2x jährl. Hygiene-Refresher-Kurs, 2x jährl. Refresher-Kurs Aufbereitung MP</i></p>

**Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen**

- HAND-KISS
- OP-KISS

**A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

**Lob- und Beschwerdemanagement**

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja  <a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a>  <i>Im Klinikum Ludwigshafen ist ein strukturiertes Lob- Beschwerdemanagement unter dem Namen "Kontaktstelle für Patienten Anliegen" eingeführt. Patienten und ihre Angehörigen haben die Wahl persönlich, telefonisch, per E-Mail oder mittels eines Online-Formulars Kontakt zum Beschwerdemanagement aufzunehmen.</i>
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja  <a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a>  <i>Die eingehenden Rückmeldungen (Lob/konstruktive Kritik) werden strukturiert und nach einem verbindlichen Konzept analysiert und bearbeitet. Der jährliche Statusbericht zum Beschwerdemanagement enthält Informationen zur Organisation, zur praktischen Umsetzung sowie zu Folgewirkungen.</i>
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja  <a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a>  <i>Mündliche Beschwerden werden strukturiert erfasst und bearbeitet. Anschließend wird die eingegangene Beschwerde an die zuständigen Führungskräfte zur Klärung, mit der Bitte um Stellungnahme und Benennung mögl. Verbesserungsmaßnahmen, weitergeleitet.</i>
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja  <a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a>  <i>Nach Eingang einer schriftlichen Beschwerde bei der Kontaktstelle für Patienten Anliegen erhält der Beschwerdeführer umgehend eine Empfangsbestätigung. Anschließend wird die eingegangene Beschwerde an die zuständigen Führungskräfte zur Klärung sowie der Bitte um Stellungnahme und Benennung mögl. Verbesserungsmaßnahmen weitergeleitet. Danach erhält der Beschwerdeführer eine abschließende Rückmeldung über die Kontaktstelle für Patienten Anliegen (KfP).</i>
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja  <a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a>  <i>Der Beschwerdeführer bekommt innerhalb eines Werktages eine Eingangsbestätigung seiner Beschwerde. Die Beschwerdeführer erhalten durchschnittlich innerhalb von 14 Tagen eine abschließende Rückmeldung zu ihrer Beschwerde. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit der Beschwerden lag im Jahr 2022 bei 2 Tagen.</i>

**Lob- und Beschwerdemanagement**

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
		Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	<p><a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></p> <p>Die Ansprechpartnerin der KfP nimmt Fragen, Wünsche, Anregungen, Lob u. Kritik von Patienten u. Angehörigen im persönlichen Austausch mit den Beschwerdeführern entgegen. Sie bearbeitet alle eingehenden Rückmeldungen. Die Mitarbeiter stehen den Patienten als 1. Ansprechpartner bei Rückmeldungen vor Ort zur Verfügung u. übermitteln bei Erfordernis zur Weiterbearbeitung an die KfP. Sie übernimmt eine vermittelnde Funktion und greift deeskalierend ein.</p>
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	<p>Ja</p> <p><a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></p> <p>Unsere ehrenamtliche Patientenfürsprecherin, Frau Susanne Herzog, steht für Anliegen und Beschwerden zur Verfügung. Patienten können einen Gesprächstermin am Krankenbett vereinbaren oder telefonisch Kontakt aufnehmen (Tel. 0621 / 503 2260).</p>
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	<p>Ja</p> <p><a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></p> <p>Anonyme Rückmeldungen können die Patienten entweder per Post direkt an die Kontaktstelle für Patientenanliegen oder über das Online-Kontaktformular auf der Homepage "Ihre Meinung" senden. Zudem stehen für eine anonyme Rückmeldung auch grüne Meinungs-Briefkästen im gesamten Haus bereit (z.B. an der Pforte und vor der Mitarbeiter-Cafeteria).</p>
9	Patientenbefragungen	<p>Ja</p> <p><a href="https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/befragung_patienten_zufriedenheit/index_ger.html">https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/befragung_patienten_zufriedenheit/index_ger.html</a></p> <p>Es haben alle Patienten die Möglichkeit, an einer kontinuierlichen Patientenbefragung teilzunehmen. Außerdem erfolgen kontinuierlich spezielle Patientenbefragungen (z.B. i. d. Tumorzentren, Intensivstationen). Weitere Rückmeldungen können über den Online-Fragebogen abgegeben werden. Die Stabsstelle QM wertet die Fragebögen aus und leitet Maßnahmen mit den Kliniken ab. Die Leiterin der KfP führt Patientengespräche während des stationären Aufenthaltes durch.</p>
10	Einweiserbefragungen	<p>Ja</p> <p>Einweiserbefragungen werden von der Stabsstelle Qualitätsmanagement, insbesondere in den Tumorzentren, durchgeführt. Hierbei werden die Erwartungen und Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte identifiziert.</p>

**Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kontaktstelle für Patientenanliegen
Titel, Vorname, Name	Bianca Kautz
Telefon	0621 503 2388
Fax	0621 503 2064
E-Mail	feedback@klilu.de

**Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Susanne Herzog

Telefon	0621 503 2260
Fax	0621 503 4247
E-Mail	feedback@kliu.de

### 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

##### Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

##### Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

##### Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. Norbert Marxer
Telefon	0621 503 3030
Fax	0621 503 3033
E-Mail	apotheke@kliu.de

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	8
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	14
Erläuterungen	Beschäftigte Personengruppen (VK) in der Apotheke: Leitender Apotheker 1,00; Fachapotheker 2,08; Apotheker(in) 4,56; Fachärztin 0,29; PKA 4,5; PTA 5,29; Praktikant(in) 1,86; Auszubildende(r) (PKA) 1; Hilfskraft 1,00; Sachbearbeiter(in) 0,52; Gesamt 22,07

#### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

**Instrumente und Maßnahmen AMTS**

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Umsetzung von Hausmedikation <b>Letzte Aktualisierung:</b> 21.09.2023 <b>Erläuterungen:</b>
2	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
3	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> DA Arzneimittel <b>Letzte Aktualisierung:</b> 23.08.2023 <b>Erläuterungen:</b> Mitgeltende Unterlagen: Gültige Arzneimittelliste; DA Umgang mit BTM; GO AMK; Meldebogen für UAW, VA Entlassmanagement; VA Zytostatika und andere CMR-Arzneimittel, CL Medikamentenkontrolle auf Verfall; AiD-Klinik, Hygienepläne; Merkblätter
4	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
6	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
7	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
8	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
9	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
10	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
11	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

**Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln**

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: - Herstellung steriler Darreichungsformen, Zentrale Zytostatika-Zubereitung

**Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln**

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): Elektronische Unterstützung der Zytostatikaherstellung mittels Zenzy

**Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern**

- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: Teilnahme an der infektiologischen Visite, Interdisziplinäre Lösungsfindung nach CIRS-Meldungen

**Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung**

- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
- Sonstiges: Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen im Entlassbrief

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

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

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

**Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
Erläuterungen	Ein Konzept zum Schutz der Patienten liegt vor.

**Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor**

Auswahl	Ja
---------	----

**Schutzkonzepte**

#	Schutzkonzept
1	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen <i>Angebot und Durchführung von spezifischen Schulungen (Beispiele für Inhalte: Nähe und Distanz, Kommunikationstraining/Konfliktfähigkeit, Früherkennung/Warnsignale Täterstrategien, Prävention von grenzverletzendem Verhalten, Deeskalation) E-Learning als Angebot</i>
2	SK03: Aufklärung <i>Aufklärung der Mitarbeiter über das bestehende Schutzkonzept; Schulung der Mitarbeiter (s. SK02 Fortbildung Mitarbeiter); Abgabe einer freiwilligen Selbstverpflichtungserklärung bei der Einstellung neuer Mitarbeiter; Abgabe einer freiwilligen Selbstauskunft von bereits angestellten Pflegekräften und Ärzten sowie von Ärzten, die regelmäßig Minderjährige behandeln; Hinweis auf Leitbild und Verhaltenskodex bei Neueinstellungen; Zurverfügungstellung von Informationsmaterialien an Mitarbeitende</i>
3	SK04: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen <i>Verhaltenskodex; VA Umgang mit Minderjährigen; SOP Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmissbrauch</i>
	<b>Letzte Überprüfung:</b> 04.10.2023
4	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl <i>Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses als Voraussetzung der Einstellung; Pflege: alle neuen Mitarbeitenden, unabhängig davon, in welchen Bereichen sie eingesetzt werden; Ärztlicher Dienst: alle neuen Mitarbeitenden in der Frauenklinik, Augenklinik, HNO-Klinik, Urologie (Bereiche in denen die Möglichkeit besteht, dass Minderjährige behandelt werden könnten); Sozialdienst: alle neuen Mitarbeitenden; Abgabe einer freiwilligen Selbstverpflichtungserklärung bei der Einstellung</i>
5	SK07: Sonstiges (Prävention) <i>Meldeverfahren und Anlaufstellen für Übergriffe oder Verdachtsfälle/ Handlungs-Interventionsplan werden im Interventionsstufenplan definiert.</i>

**Schutzkonzepte**

#	Schutzkonzept
	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
6	Flyer "Soforthilfe bei Vergewaltigung"

**A-13 Besondere apparative Ausstattung**

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i>
2	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich <i>Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich</i>
3	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i>
4	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i>
6	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Röntengerät für die weibliche Brustdrüse</i>
7	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja <i>ECMO</i> <i>Bei Patienten mit schwersten Formen des Lungenversagens (sog. ARDS) kommt die ECMO zum Einsatz . Der lebenswichtige Gasaustausch (O2-Aufnahme und CO2-Abgabe) erfolgt über einen sog. Membranoxygenator außerhalb des Körpers. Das Klinikum verfügt über 4 ECMO-Geräte.</i>
8	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>Hirnstrommessung</i>
9	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i> <i>Integration in dem Panda-Wärmebett</i>
10	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i>
11	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich <i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i>

#	Gerätenummer	24h verfügbar
		Ja
12	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)
		Keine Angabe erforderlich
13	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung Nur bis Ende 2022
		Keine Angabe erforderlich
14	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik
		Keine Angabe erforderlich
15	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung
16	AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph	Ja
		Ja
17	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße
		Keine Angabe erforderlich
18	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten Einsatz zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
		Keine Angabe erforderlich
19	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens
		Ja
20	AA70 - Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Bei einer mechanischen Thrombektomie wird das Blutgerinnsel mit einem Stent Retriever im betroffenen Gefäß eingefangen und entfernt. Die mechanische Thrombektomie ist besonders für Patienten geeignet, bei denen eine systemisch intravenöse Thrombolyse nicht möglich ist oder nicht angeschlagen hat.
		Keine Angabe erforderlich
21	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System	Roboterassistiertes Chirurgie-System Einsatz des roboterassistierten Operations-Systems „Da Vinci“

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

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

#### Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

**Stufen der Notfallversorgung**

Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

**Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2**

Umstand

Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

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

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

Nein

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

Nein





**B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen**

**B-[0100] Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)**

**B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)

**B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin
2	0105 - Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie
3	0109 - Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
4	0500 - Hämatologie und internistische Onkologie

**B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes**

**Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Rheumatologie und Nephrologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Raoul Bergner
Telefon	0621 503 3901
Fax	0621 503 3977
E-Mail	meda@klilu.de
Strasse	Bremsenstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheumatologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheumatologie/index_ger.html</a>

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Peter Paschka
Telefon	0621 503 3901

Fax	0621 503 3977
E-Mail	meda@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/linik_fuer_onkologie_nephrologie_und_nefktologie_und_rheumatologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/linik_fuer_onkologie_nephrologie_und_nefktologie_und_rheumatologie/index_ger.html</a>

### B-[0100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

### B-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs, Magen-Darm-Krebs, Brustkrebs</i>
2	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen <i>z. B. autologe Stammzelltransplantation und Therapie akuter Leukämien, maligner Lymphome, multipler Myelome</i>
3	VI45 - Stammzelltransplantation
4	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
5	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenerkrankungen
6	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen VU15 - Dialyse
7	<i>Therapie mit Nierenersatzverfahren (Hämodialyse, CAPD, Hämofiltration) sowie mit Plasmapherese und Immunadsorption</i>
8	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
9	VU00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von autoinflammatorischen Erkrankungen
10	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
11	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	VI38 - Palliativmedizin
13	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
14	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
17	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
18	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
19	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
20	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
22	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation VI20 - Intensivmedizin
23	<i>Die drei medizinischen Kliniken verfügen über eine gemeinsame Intensivstation mit 16 Betten, davon 8 Beatmungsplätze. Es besteht die Möglichkeit der nichtinvasiven Beatmung (Maskenbeatmung), der minimal-invasiven Dilatationstracheotomie und der Hämodialyse/ Hämofiltration.</i>
24	VI37 - Onkologische Tagesklinik VI27 - Spezialsprechstunde
25	<i>Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Bergner (Rheumatologie/Nephrologie), Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka (Hämatologie/Onkologie), Rheumatologische Ambulanz nach §116b SGB V, Infektions-Ambulanz, MVZ Hämato-Onkologie</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
26	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
	VI00 - („Sonstiges“): Onkologisches Zentrum
27	<i>Das Onkologische Zentrum Ludwigshafen (OZLU) ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).</i>
	VK00 - („Sonstiges“): CAC (Cardiac Arrest Center)
28	<i>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</i>

**B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	1561
Teilstationäre Fallzahl	1055

**B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	121
2	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	78
3	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	55
4	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	54
5	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	45
6	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	40
7	M06.00	Seronegative chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen	28
8	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	27
9	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	27
10	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	26
11	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	23
12	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	23
13	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	21
14	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	18
15	Z52.01	Stammzellenspender	18
16	B34.2	Infektion durch Koronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	17
17	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	16

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	15
19	C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission	15
20	M05.90	Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	14
21	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	13
22	M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	12
23	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	12
24	D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	12
25	M31.3	Wegener-Granulomatose	11
26	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	11
27	C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom	10
28	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	10
29	C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	10
30	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	9

### B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C83	Nicht follikuläres Lymphom	155
2	N18	Chronische Nierenkrankheit	93
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	89
4	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	83
5	N17	Akutes Nierenversagen	75
6	C92	Myeloische Leukämie	68
7	C91	Lymphatische Leukämie	52
8	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	40
9	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	38
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	31
11	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	30
12	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	24
13	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	23
14	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	23
15	I50	Herzinsuffizienz	23
16	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	23
17	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	23
18	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	22
19	C82	Follikuläres Lymphom	20
20	D86	Sarkoidose	19
21	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	19
22	Z52	Spender von Organen oder Geweben	18
23	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	17
24	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	16
25	M30	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände	13
26	D59	Erworbene hämolytische Anämien	12
27	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	12
28	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	12
29	D61	Sonstige aplastische Anämien	10
30	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	10

## B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	3933
2	1-859.x	Andere diagnostische Punktion und Aspiration: Sonstige	2700
3	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1303
4	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	509
5	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	420
6	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	368
7	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	292
8	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	286
9	8-821.2	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	254
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	196
11	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	188
12	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	168
13	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	146
14	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	128
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	126
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	110
17	8-543.13	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	98
18	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	87
19	8-854.70	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden	71
20	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	71
21	1-941.0	Komplexe Diagnostik bei Leukämien: Komplexe Diagnostik ohne HLA-Typisierung	71
22	8-821.0	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Immunadsorption mit nicht regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen	63
23	8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	59
24	8-854.72	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden	59
25	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	56
26	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	56
27	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	55
28	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	54
29	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	52
30	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	51

**B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Hämodialyse	4357
2	1-859	Andere diagnostische Punktion und Aspiration	2702
3	8-855	Hämodiafiltration	1304
4	8-547	Andere Immuntherapie	857
5	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	655
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	394
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	367
8	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	317
9	8-857	Peritonealdialyse	311
10	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	292
11	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	257
12	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	250
13	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	220
14	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	205
15	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	181
16	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	90
17	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	87
18	1-941	Komplexe Diagnostik bei Leukämien	79
19	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	65
20	8-853	Hämofiltration	60
21	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	55
22	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	51
23	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	46
24	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	39
25	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	37
26	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	34
27	8-179	Andere therapeutische Spülungen	34
28	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	32
29	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	31
30	8-820	Therapeutische Plasmapherese	31

**B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka
2	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Bergner
3	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen (Rheumatologische Ambulanz ) <i>Schwerpunkt: schwere Systemerkrankungen wie z.B. Lupus erythematodes, Sklerodermie, Vaskulitiden</i>
4	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Infektions-Ambulanz
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Innere Medizin <i>Hämatologie und Onkologie</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore <i>Mitglied im Kernteam</i>
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Mitglied im Kernteam</i>
8	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

### B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Infektions-Ambulanz	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
2	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
3	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
4	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
5	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI38 - Palliativmedizin
6	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Bergner	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
7	Zentrale Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“): Behandlung von Notfällen (24h)

### B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen (Rheumatologische Ambulanz )	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen
2	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
3	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Rheumatologische Erkrankungen im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Urologische Tumore im Kernteam beteiligt:

- Urologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Allgemeinchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Nuklearmedizin

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

### B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

### B-[0100].11 Personelle Ausstattung

#### B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	28,71	Fälle je VK/Person	63,9492	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,3	Stationär	24,41

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	15,51	Fälle je VK/Person	118,347237	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,32	Stationär	13,19

#### B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
3	AQ31 - Innere Medizin und Rheumatologie
4	AQ29 - Innere Medizin und Nephrologie
5	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

#### B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF14 - Infektiologie

#### B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	37,04	Fälle je VK/Person	44,29625	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,8	Stationär	35,24

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	2,85	Fälle je VK/Person	547,7193
--------	------	--------------------	----------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,85
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		2,99	Fälle je VK/Person	522,0736
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,99
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>				
Gesamt		2,91	Fälle je VK/Person	536,4261
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,91
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		14,42	Fälle je VK/Person	125,68438
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	12,42

### B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ02 - Diplom
3	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
5	PQ07 - Pflege in der Onkologie
6	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
7	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
8	PQ12 - Notfallpflege
9	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
10	PQ20 - Praxisanleitung
11	PQ22 - Intermediate Care Pflege

### B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP06 - Ernährungsmanagement
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP13 - Qualitätsmanagement
6	ZP14 - Schmerzmanagement
7	ZP16 - Wundmanagement
8	ZP18 - Dekubitusmanagement
9	ZP20 - Palliative Care
10	ZP23 - Breast Care Nurse
11	ZP24 - Deeskalationstraining
12	ZP29 - Stroke Unit Care

**B-[0300] Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)****B-[0300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)

**B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 - Kardiologie
2	0800 - Pneumologie
3	3601 - Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin

**B-[0300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ralf Zahn
Telefon	0621 503 4001
Fax	0621 503 4044
E-Mail	medb@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereich/kliniken_a_z/klinik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_internistische_intensivmedizin/index_ger.html">https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereich/kliniken_a_z/klinik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_internistische_intensivmedizin/index_ger.html</a>

**B-[0300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

### B-[0300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren VX00 - („Sonstiges“): Transkutaner Aortenklappenersatz
4	<i>Mitral- und Trikuspidalklappenklappenreparatur mittels Edge-to-Edge Verfahren (TEER)</i>
5	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
6	<i>Betreut werden Patienten nach Herztransplantationen</i>
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
7	<i>Nicht invasives Verfahren zur Klärung des Vorliegens einer koronaren Herzkrankheit CardioCT in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie</i>
8	VA00 - („Sonstiges“): Versorgung von Erkrankungen der thorakalen Aorta VI00 - („Sonstiges“): Herzkatheter
9	<i>Diagnostik: Darstellung d. Herzkranzgefäße, Druckmessung i. d. Herzkammern, Therapie: Aufdehnung verengter Herzkranzgefäße, z. T. mit Implantation einer Gefäßstütze, Vorhofsohrverschluss, Kathetergestützte Implantation v. künstl. Herzklappen, Verschluss angeb. Defekte d. Herzscheidewand</i>
	VR02 - Native Sonographie
10	<i>Herz (auch über Speiseröhre sowie unter Belastung), Gefäße, Brustkorb</i>
11	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
12	VR04 - Duplexsonographie
13	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel VR06 - Endosonographie
14	<i>Herz, Mediastinum</i>
15	VX00 - („Sonstiges“): Perkutane Ballonvalvuloplastie der Aorten- und Mitralklappe
16	VX00 - („Sonstiges“): Renale Denervation
17	VX00 - („Sonstiges“): Perkutaner Verschluss des linken Vorhofohrs VI00 - („Sonstiges“): TEER - Transkatheter „Edge-to-Edge Repair“ der Mitral- oder Trikuspidalklappe
18	<i>Kathetergeführtes Verfahren zur Behandlung der hochgradigen symptomatischen Undichtigkeit der Mitral- oder Trikuspidalklappe (Mitral- oder Trikuspidalklappeninsuffizienz).</i>
19	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
20	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
21	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
22	<i>Lungen- und Rippenfelltumore</i>
	VI35 - Endoskopie
23	<i>Lungenspiegelung und Brustraumspiegelung</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
24	<i>Verödung von Strukturen am Herzen, die Rhythmusstörungen auslösen, Behandlung von Rhythmusstörungen mit Schrittmachersystemen</i>
25	VI34 - Elektrophysiologie
26	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
27	<i>Insbesondere Schlafapnoesyndrom</i>
28	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
29	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VR15 - Arteriographie
30	<i>In der Abteilung werden Arteriographien der Aorta (Hauptschlagader) und der Carotiden (Halsschlagadern) durchgeführt. Verödung von Strukturen im Bereich der Nierenschlagader im Rahmen der Blutdrucktherapie</i>
31	VR16 - Phlebographie
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
32	<i>Von Herz und Lunge in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.</i>
33	VX00 - („Sonstiges“): Perkutane Kreislauftunterstützungssysteme (ECMO, Impella, IABP)
	VI20 - Intensivmedizin
34	<i>Zusammen mit der neurolog. Klinik, Med. Klinik A C: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung, Dilatationstracheotomie, Hämodialyse/Hämofiltration (Med. Klinik A), Lungenersatzverfahren (ECMO), Herzlungenmaschine, Herzunterstützungssysteme</i>
	VI00 - („Sonstiges“): Allgemeine Notfallmedizin
35	<i>Koordination des Notarztwagens, hausinterner Reanimationsdienst, Qualifikation mehrerer Ärzte als "Leitender Notarzt"</i>
	VI27 - Spezialsprechstunde
36	<i>Herzschrittmacher-Sprechstunde, Sprechstunde für Patienten mit implantierten Defibrillatoren, Schlafmedizin, Pneumologie (Lungenerkrankungen), Spezialsprechstunde Herzinsuffizienz</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
37	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)
38	<i>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</i>
	VI00 - („Sonstiges“): Chest Pain Unit (CPU) zur Behandlung von Patienten mit Brustschmerz
39	<i>Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Zertifikat gültig bis 03.01.2028).</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Überregionales Heart Failure Unit (HFU) Zentrum zur Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz
40	<i>Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) (Zertifikat gültig bis 09.02.2023).</i>

**B-[0300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	6477
Teilstationäre Fallzahl	25

**B-[0300].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	372
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	364
3	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	288
4	I35.0	Aortenklappenstenose	227
5	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	216
6	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	173
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	166
8	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	143
9	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	126
10	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	121
11	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	106
12	G47.38	Sonstige Schlafapnoe	106
13	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	99
14	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	86
15	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	85
16	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	84
17	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	83
18	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	73
19	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	69
20	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	69
21	I48.3	Vorhofflattern, typisch	68
22	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	68
23	J44.19	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	67
24	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	66
25	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	62
26	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	59
27	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	58
28	R55	Synkope und Kollaps	55
29	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	55
30	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	53

**B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	713
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	622
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	531
4	I35	Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten	419
5	I20	Angina pectoris	318
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	272
7	G47	Schlafstörungen	240
8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	187
9	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	160
10	I47	Paroxysmale Tachykardie	141
11	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	123
12	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	117
13	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	115

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
14	I26	Lungenembolie	96
15	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	89
16	R07	Hals- und Brustschmerzen	88
17	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	88
18	A41	Sonstige Sepsis	88
19	R06	Störungen der Atmung	76
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	69
21	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	61
22	I11	Hypertensive Herzkrankheit	61
23	I42	Kardiomyopathie	58
24	R55	Synkope und Kollaps	55
25	D38	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	52
26	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	51
27	I34	Nicht-rheumatische Mitralklappenkrankheiten	45
28	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	45
29	J45	Asthma bronchiale	45
30	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	43

### B-[0300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2690
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2436
3	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1767
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	1180
5	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1054
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	889
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	885
8	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	845
9	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	808
10	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	762
11	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	694
12	1-207.1	Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	692
13	1-790	Polysomnographie	684
14	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	673
15	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	548
16	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	541
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	511
18	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	503
19	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	454
20	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	441

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	432
22	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	374
23	8-701	Einfache endotracheale Intubation	352
24	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	348
25	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	342
26	1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige	341
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	325
28	5-35a.05	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär	311
29	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	307
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	305

### B-[0300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	3385
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2690
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2436
4	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2152
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1945
6	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1767
7	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1503
8	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1098
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	885
10	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	839
11	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	808
12	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	788
13	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	734
14	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	692
15	1-790	Polysomnographie	684
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	676
17	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	661
18	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	562
19	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	499
20	1-268	Kardiales Mapping	440
21	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	432
22	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	393
23	5-35a	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen	361
24	5-35b	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen	353
25	8-701	Einfache endotracheale Intubation	352
26	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	340
27	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	330
28	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	325
29	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	267
30	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	246

**B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte  <i>Behandlung durch den Chefarzt oder einen Oberarzt</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Arrhythmie-Ambulanz  <i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte</i>
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Innere Medizin  <i>Pneumologie</i>
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen  <i>Mitglied im Kernteam der ASV</i>
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme  <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

**B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Arrhythmie-Ambulanz	VI00 - („Sonstiges“): Schrittmacher- und Defibrillatorkontrollen
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI00 - („Sonstiges“): Herzklappenfehler: Behandlung und Intervention
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI34 - Elektrophysiologie

**B-[0300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Rheumatologische Erkrankungen im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten

**B-[0300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	94
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	92
3	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	33
4	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	15
5	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	9
6	5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
7	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
8	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
9	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	< 4

**B-[0300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	214
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	38

**B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[0300].11 Personelle Ausstattung****B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
<b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b>	
Gesamt	43,38
Fälle je VK/Person	164,516129

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	43,38	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	4,01	<b>Stationär</b>	39,37
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
<b>Gesamt</b>		24,86	<b>Fälle je VK/Person</b>	286,592926
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	24,86	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	2,26	<b>Stationär</b>	22,6

**B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ24 - Innere Medizin und Angiologie
3	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
4	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie

**B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF14 - Infektiologie
4	ZF39 - Schlafmedizin

**B-[0300].11.2 Pflegepersonal**

<b>Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten</b>	38,5
--	------

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	155,27	<b>Fälle je VK/Person</b>	46,86686	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	155,27	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	17,07	<b>Stationär</b>	138,2

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	4,82	<b>Fälle je VK/Person</b>	1343,77588	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	4,82	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,82

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	11,31	<b>Fälle je VK/Person</b>	572,679	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	11,31	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	11,31

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

<b>Gesamt</b>	0,86	<b>Fälle je VK/Person</b>	7531,395	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,86	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,86

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>		3,78	<b>Fälle je VK/Person</b>	1713,49207
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	3,78	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,78

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>		0,85	<b>Fälle je VK/Person</b>	7620
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,85	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,85

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>		19,23	<b>Fälle je VK/Person</b>	647,7
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	19,23	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	9,23	<b>Stationär</b>	10

**B-[0300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse****# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss**

- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
- 4 PQ11 - Pflege in der Nephrologie
- 5 PQ12 - Notfallpflege
- 6 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 7 PQ20 - Praxisanleitung

**B-[0300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation****# Zusatzqualifikation**

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP03 - Diabetes
- 3 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 4 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 5 ZP07 - Geriatrie
- 6 ZP08 - Kinästhetik
- 7 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 8 ZP14 - Schmerzmanagement
- 9 ZP16 - Wundmanagement
- 10 ZP20 - Palliative Care
- 11 ZP23 - Breast Care Nurse
- 12 ZP24 - Deeskalationstraining
- 13 ZP29 - Stroke Unit Care

## B-[0700] Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)

### B-[0700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)

### B-[0700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0700 - Gastroenterologie

### B-[0700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ralf Jakobs
Telefon	0621 503 4100
Fax	0621 503 4114
E-Mail	medclu@klilu.de
Strasse	Bremsenstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_gastrointestinale_onkologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_gastrointestinale_onkologie/index_ger.html</a>

**B-[0700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[0700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
3	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
4	VI35 - Endoskopie
5	VR06 - Endosonographie
6	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
7	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
8	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
9	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
10	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
11	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
12	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
13	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
14	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
15	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
16	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
17	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
18	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
19	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
20	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
21	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
22	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
23	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
24	VI40 - Schmerztherapie
25	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
26	VR02 - Native Sonographie
27	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
28	VR04 - Duplexsonographie
29	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
	VI20 - Intensivmedizin
30	<i>Zusammen mit der neurolog. Klinik und der Med. Klinik A, B: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung</i>
31	VI37 - Onkologische Tagesklinik VH23 - Spezialsprechstunde
32	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Kontinenzsprechstunde, Diabetessprechstunde, MVZ Gastroenterologie/Hepatologie, ASV Gastrointestinale-Onkologie</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
33	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VX00 - („Sonstiges“): Diabeteszentrum
34	Stationäre Behandlungseinrichtung für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG (Zertifikat gültig bis 30.12.2023).
	VX00 - („Sonstiges“): Viszeralonkologisches Zentrum (Darm-, Magen-, Pankreaskarzinomzentrum)
35	Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).
36	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
	VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)
37	Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)

**B-[0700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	3304
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[0700].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	95
2	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	72
3	C22.0	Leberzellkarzinom	69
4	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	68
5	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	66
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	63
7	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	61
8	B34.2	Infektion durch Koronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	60
9	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	58
10	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	57
11	K83.1	Verschluss des Gallenganges	54
12	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	49
13	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	46
14	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	45
15	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	39
16	K29.6	Sonstige Gastritis	39
17	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	38
18	D13.2	Gutartige Neubildung: Duodenum	36
19	K22.2	Ösophagusverschluss	36
20	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	32
21	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	31
22	D12.8	Gutartige Neubildung: Rektum	31
23	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	31
24	D12.3	Gutartige Neubildung: Colon transversum	30
25	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	30
26	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	29
27	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	28
28	K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	28
29	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	27

**B-[0700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	193
2	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	193
3	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	124
4	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	118
5	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	109
6	K29	Gastritis und Duodenitis	106
7	K70	Alkoholische Leberkrankheit	103
8	K85	Akute Pankreatitis	93
9	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	92
10	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	85
11	D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	77
12	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	73
13	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	72
14	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	72
15	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	69
16	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	63
17	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	63
18	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	63
19	C16	Bösartige Neubildung des Magens	61
20	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	60
21	K57	Divertikulose des Darmes	57
22	D50	Eisenmangelanämie	56
23	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	50
24	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	49
25	K25	Ulcus ventriculi	43
26	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	43
27	K26	Ulcus duodeni	38
28	D64	Sonstige Anämien	33
29	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	33
30	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	30

**B-[0700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	2858
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	963
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	824
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	424
5	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	363
6	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	327
7	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	326
8	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	325
9	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	319
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	314
11	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	295
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	289

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	264
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	239
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	222
16	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	218
17	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	198
18	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	194
19	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	178
20	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	176
21	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	151
22	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	150
23	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	143
24	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	142
25	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	138
26	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	137
27	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	135
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	128
29	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	128
30	5-429.a	Andere Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen	122

### B-[0700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2926
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	1277
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1269
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	1184
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	818
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	786
7	5-469	Andere Operationen am Darm	560
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	424
9	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	415
10	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	413
11	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	411
12	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	340
13	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	326
14	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	323
15	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	295

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	242
17	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	190
18	5-449	Andere Operationen am Magen	174
19	1-654	Diagnostische Rektoskopie	170
20	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	148
21	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	143
22	5-431	Gastrostomie	130
23	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	126
24	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	125
25	8-547	Andere Immuntherapie	113
26	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	111
27	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	107
28	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	103
29	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	96
30	1-636	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)	93

### B-[0700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde  <i>Die Kontinenzsprechstunde der Med. Klinik C ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Innere Medizin  <i>Gastroenterologie/Hepatology</i>
3		ASV Gastrointestinale Onkologie
	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	<i>Mitglied im Kernteam; Die Versorgung von Tumoren des Bauchraums und der Bauchorgane betrifft Krebserkrankungen des gesamten Verdauungstraktes, aber auch der Schilddrüse.</i>
4		Zentrale Notaufnahme
	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

### B-[0700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Kontinenzsprechstunde	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums

**B-[0700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Gastrointestinale Onkologie	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Allgemeinchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Nuklearmedizin
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**B-[0700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	501
2	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	141
3	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	121
4	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	75
5	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	44
6	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	44
7	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	38
8	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	35
9	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	17
10	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	15
11	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	6
12	5-452.82	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation	5
13	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	4
14	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	4
15	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	< 4
16	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	< 4
17	1-432.1	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pleura	< 4
18	1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	< 4
19	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
20	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4

**B-[0700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	593
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	243
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	185
4	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	15
5	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	6
6	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	6
7	5-431	Gastrostomie	4
8	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
9	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
10	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
11	1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
12	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4

**B-[0700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[0700].11 Personelle Ausstattung****B-[0700].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

<b>Gesamt</b>	25,45	<b>Fälle je VK/Person</b>	142,413788
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 25,45	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 2,25	<b>Stationär</b>	23,2
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>			
<b>Gesamt</b>	9,36	<b>Fälle je VK/Person</b>	387,3388
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 9,36	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0,83	<b>Stationär</b>	8,53

**B-[0700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
3	AQ75 - Innere Medizin und Infektiologie

**B-[0700].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF07 - Diabetologie
2	ZF09 - Geriatrie
3	ZF14 - Infektiologie
4	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
5	ZF28 - Notfallmedizin
6	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
7	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –
8	ZF30 - Palliativmedizin

**B-[0700].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten		38,5	
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		49,18	Fälle je VK/Person 68,6189
Beschäftigungsverhältnis	Mit	49,18	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	1,03	Stationär 48,15
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		3,46	Fälle je VK/Person 954,913269
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,46	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 3,46
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		3,45	Fälle je VK/Person 957,681152
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,45	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 3,45
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>			
Gesamt		1,82	Fälle je VK/Person 1815,38452
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,82	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 1,82
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		11,86	Fälle je VK/Person 304,235748
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,86	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär 10,86

### B-[0700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ01 - Bachelor
- 2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 3 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 4 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 5 PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
- 6 PQ11 - Pflege in der Nephrologie
- 7 PQ12 - Notfallpflege
- 8 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 9 PQ20 - Praxisanleitung
- 10PQ22 - Intermediate Care Pflege

### B-[0700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#### # Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP03 - Diabetes
- 3 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 4 ZP07 - Geriatrie
- 5 ZP08 - Kinästhetik
- 6 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 7 ZP14 - Schmerzmanagement
- 8 ZP16 - Wundmanagement
- 9 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 10ZP23 - Breast Care Nurse
- 11ZP24 - Deeskalationstraining
- 12ZP29 - Stroke Unit Care



**B-[1500] Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)**

**B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)

**B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

**B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes**

**Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor mit den Schwerpunkten Allgemein- und Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Stefan Willis
Telefon	0621 503 3151
Fax	0621 503 3184
E-Mail	cha@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie/index_ger.html</a>

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Thoraxchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Konstantina Storz
Telefon	0621 503 3159
E-Mail	gz-cha@klilu.de
Strasse	Bremserstraße
Hausnummer	79

PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Thoraxchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Heike Zabeck
Telefon	0621 503 3159
E-Mail	gz-cha@kliLu.de
Strasse	Bremserstraße
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen



**B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
3	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
4	VC21 - Endokrine Chirurgie
5	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
6	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC24 - Tumorchirurgie
7	<i>Metastasenchirurgie</i>
8	VC62 - Portimplantation
9	VC05 - Schrittmachereingriffe
10	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
11	VC11 - Lungenchirurgie
12	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma

#	Medizinische Leistungsangebote
13	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
14	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
15	VC59 - Mediastinoskopie
16	VX00 - („Sonstiges“): Fremdkörperentfernungen
17	VH26 - Laserchirurgie
18	VG07 - Inkontinenzchirurgie
19	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
20	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
21	VD20 - Wundheilungsstörungen
22	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
23	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
24	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
25	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
26	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
27	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
28	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
29	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
30	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
31	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
32	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
33	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
34	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
35	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
36	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
37	VI38 - Palliativmedizin
38	VI40 - Schmerztherapie
39	VI42 - Transfusionsmedizin
40	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
41	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
42	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
43	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
44	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
45	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
46	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
47	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
48	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Halses
49	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
50	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
51	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
52	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Kopfes
53	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
54	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
55	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
56	VC63 - Amputationschirurgie
57	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Thorax
58	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
59	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von sonstigen Verletzungen
60	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
61	VR02 - Native Sonographie
62	VR04 - Duplexsonographie
63	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
64	VR06 - Endosonographie

#	Medizinische Leistungsangebote
	VH23 - Spezialsprechstunde
65	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Unfallchirurgie/D-Arzt, Kontinenzsprechstunde, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Darmkrebssprechstunde, Thoraxchirurgische Sprechstunde</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
66	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Viszeralonkologische Zentrum (Darm-, Magen- und Pankreaskarzinomzentrum)
67	<i>Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).</i>
68	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)
69	<i>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</i>

### B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2599
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	141
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	118
3	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	100
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	67
5	K61.0	Analabszess	63
6	S06.0	Gehirnerschütterung	58
7	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	56
8	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	52
9	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	47
10	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	43
11	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	40
12	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	39
13	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	36
14	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	30
15	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	30
16	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	29
17	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	28
18	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	27
19	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	27
20	K81.0	Akute Cholezystitis	27
21	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	27

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
22	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	26
23	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	26
24	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	26
25	K60.3	Analfistel	25
26	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	25
27	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	25
28	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	24
29	C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	23
30	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	22

### B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	251
2	K40	Hernia inguinalis	168
3	K57	Divertikulose des Darmes	158
4	K35	Akute Appendizitis	87
5	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	87
6	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	83
7	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	71
8	E04	Sonstige nichttoxische Struma	69
9	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	69
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	67
11	K43	Hernia ventralis	66
12	S06	Intrakranielle Verletzung	65
13	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	55
14	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	54
15	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	52
16	L05	Pilonidalzyste	40
17	L03	Phlegmone	39
18	K81	Cholezystitis	38
19	K42	Hernia umbilicalis	37
20	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	37
21	C16	Bösartige Neubildung des Magens	34
22	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	32
23	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	32
24	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	31
25	J86	Pyothorax	31
26	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	29
27	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	28
28	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	27
29	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	26
30	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	26

### B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	71
2	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	67
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	52
4	C16	Bösartige Neubildung des Magens	34
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	32
6	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	16

7	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	14
---	-----	---	----

### B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	415
2	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	295
3	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	242
4	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup>	185
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	169
6	1-690.0	Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision und intraoperativ: Bronchoskopie	147
7	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	146
8	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	138
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	118
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	113
11	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	98
12	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	96
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	86
14	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	75
15	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	66
16	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	63
17	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	60
18	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	59
19	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	57
20	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	57
21	5-344.40	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	56
22	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	55
23	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	52
24	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	52
25	5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge	51
26	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	48
27	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	46
28	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	45
29	5-454.20	Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Ileums: Offen chirurgisch	42
30	5-333.1	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, thorakoskopisch	41

#### B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	490
2	5-469	Andere Operationen am Darm	486
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	481

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	5-511	Cholezystektomie	376
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	232
6	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	193
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	165
8	5-916	Temporäre Weichteildeckung	155
9	1-690	Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision und intraoperativ	147
10	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	136
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	113
12	5-470	Appendektomie	110
13	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	104
14	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	104
15	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	95
16	5-344	Pleurektomie	92
17	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	88
18	5-454	Resektion des Dünndarmes	84
19	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	83
20	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	79
21	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	74
22	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	70
23	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	69
24	5-322	Atypische Lungenresektion	65
25	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	65
26	5-333	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand	64
27	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	61
28	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	61
29	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	58
30	5-549	Andere Bauchoperationen	55

### B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	132
2	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	49
3	5-324	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	38
4	5-524	Partielle Resektion des Pankreas	36
5	5-501	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)	34
6	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	30
7	5-426	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität	14
8	5-502	Anatomische (typische) Leberresektion	10
9	5-323	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge	9
10	5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	7

### B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Allgemein-/Viszeralchirurgie
3	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt-Fälle
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Thoraxchirurgie

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle  <i>Mitglied im Kernteam</i>
		Kontinenzsprechstunde
6	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Chirurgischen Klinik A ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
7	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme  <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

### B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
2	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
3	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
4	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VC24 - Tumorchirurgie
5	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VX00 - („Sonstiges“): Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
6	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VX00 - („Sonstiges“): NGEN: Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und thoraxchirurgischen Erkrankungen
7	Kontinenzsprechstunde	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
8	D-Arzt-Fälle	VC00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Arbeitsunfällen
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein-, thorax- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
10	Thoraxchirurgie	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik und postoperative Behandlung von thoraxchirurgischen Erkrankungen

### B-[1500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Allgemeinchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Nuklearmedizin
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	45
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	25
3	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	22
4	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	10
5	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	6
6	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	5
7	1-502.5	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel	< 4
8	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
9	1-502.2	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberarm und Ellenbogen	< 4
10	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	< 4
11	1-502.6	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	< 4
12	5-531.32	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	< 4
13	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
14	1-502.1	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion	< 4
15	1-502.3	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterarm und Hand	< 4
16	1-432.1	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pleura	< 4
17	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	< 4
18	5-491.11	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Intersphinktar	< 4
19	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
20	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	< 4
21	5-493.60	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks): 1 Segment	< 4
22	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
23	5-536.0	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
24	5-536.10	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	< 4

**B-[1500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	70
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	24
3	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	16
4	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	10
5	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	5
6	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
7	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
8	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
9	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
10	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
12	1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
13	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
14	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
15	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4

### B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

### B-[1500].11 Personelle Ausstattung

#### B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	22,3	Fälle je VK/Person	151,280563	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	5,12	Stationär	17,18
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt	13,67	Fälle je VK/Person	246,818619	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,14	Stationär	10,53

#### B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ12 - Thoraxchirurgie

#### B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie ZF15 - Intensivmedizin
2	Chirurgische Intensivmedizin
3	ZF34 - Proktologie

**B-[1500].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		45,55	Fälle je VK/Person	61,08108
Beschäftigungsverhältnis	Mit	45,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3	Stationär	42,55
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		3,99	Fälle je VK/Person	651,3784
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,99
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		3,39	Fälle je VK/Person	766,6666
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,39
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>				
Gesamt		0,07	Fälle je VK/Person	37128,57
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,07
<b>Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		0,28	Fälle je VK/Person	9282,143
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,28
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		3,88	Fälle je VK/Person	730,0562
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,32	Stationär	3,56
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		6,96	Fälle je VK/Person	523,991943
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	4,96

**B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

**# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss**

- 4 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 5 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 6 PQ12 - Notfallpflege
- 7 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 8 PQ20 - Praxisanleitung
- 9 PQ22 - Intermediate Care Pflege

**B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation****# Zusatzqualifikation**

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP07 - Geriatrie
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 5 ZP14 - Schmerzmanagement
- 6 ZP15 - Stomamanagement
- 7 ZP16 - Wundmanagement
- 8 ZP20 - Palliative Care
- 9 ZP29 - Stroke Unit Care



**B-[1518] Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)****B-[1518].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)

**B-[1518].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1518 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie

**B-[1518].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Clemens Kühner
Telefon	0621 503 3341
Fax	0621 503 3342
E-Mail	chb@kliilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.kliilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefaesschirurgie_chirurgie_b/index_ger.html">https://www.kliilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefaesschirurgie_chirurgie_b/index_ger.html</a>

**B-[1518].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[1518].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
2	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
3	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
6	VX00 - („Sonstiges“): Varizenchirurgie
7	VX00 - („Sonstiges“): Carotischirurgie
8	VX00 - („Sonstiges“): Arteriographie
9	VX00 - („Sonstiges“): Phlebologie
10	VR02 - Native Sonographie
11	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
12	VR04 - Duplexsonographie
13	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunde
14	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Gefäßsprechstunde, Shuntsprechstunde</i>  VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
15	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>  VX00 - („Sonstiges“): Gefäßzentrum
16	<i>Das Gefäßzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) sowie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) zertifiziert. (Zertifikat gültig bis 31.03.2024)</i>  VX00 - („Sonstiges“): Regionales Shuntzentrum (Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge)
17	<i>Das Regionale Shuntzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Gesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG und DDG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung am 25.05.2021; Gültig bis 18.12.2024)</i>  VK00 - („Sonstiges“): CAC
18	<i>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</i>

**B-[1518].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	997
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[1518].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	148
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	132
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	127
4	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	56
5	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	53
6	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	50
7	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	40
8	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	39

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	35
10	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	31
11	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	26
12	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	19
13	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	17
14	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	14
15	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	14
16	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	12
17	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	11
18	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	9
19	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	7
20	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	6
21	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	6
22	A46	Erysipel [Wundrose]	5
23	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	5
24	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	5
25	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5
26	I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	4
27	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	4
28	I72.8	Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien	4
29	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	4
30	I70.0	Atherosklerose der Aorta	4

### B-[1518].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	469
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	115
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt	70
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	54
5	I83	Varizen der unteren Extremitäten	37
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	35
7	Z49	Dialysebehandlung	35
8	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	27
9	I63	Hirnfarkt	24
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	15
11	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	15
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9
13	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8
14	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	7
15	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	7
16	I21	Akuter Myokardinfarkt	5
17	L03	Phlegmone	5
18	A46	Erysipel [Wundrose]	5
19	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	4
20	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	< 4
21	Z48	Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	< 4
22	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
23	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	< 4
25	I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	< 4
26	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	< 4
27	L08	Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	I87	Sonstige Venenkrankheiten	< 4
30	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	< 4

### B-[1518].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	163
2	5-983	Reoperation	131
3	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	127
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	124
5	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	113
6	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	108
7	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	102
8	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	97
9	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	95
10	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	95
11	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	88
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	87
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	73
14	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	72
15	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	70
16	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	69
17	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	66
18	5-930.00	Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung	62
19	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	62
20	5-98a.0	Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie	61
21	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon	55
22	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	53
23	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	50
24	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	48
25	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	47
26	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	46
27	5-381.54	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	43
28	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	40
29	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	39
30	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	39

**B-[1518].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	558
2	5-381	Endarteriektomie	502
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	351
4	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	271
5	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	245
6	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	181
7	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	136
8	5-983	Reoperation	131
9	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	114
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	109
11	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	108
12	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	98
13	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	92
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	87
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	85
16	8-190	Spezielle Verbandstechniken	72
17	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	68
18	5-98a	Hybridtherapie	61
19	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	60
20	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	57
21	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	46
22	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	46
23	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	40
24	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	40
25	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	38
26	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	38
27	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	38
28	5-388	Naht von Blutgefäßen	36
29	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	34
30	8-83c	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention	32

**B-[1518].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes Gefäßchirurgie, Shuntchirurgie
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<i>Diagnostik und Therapieempfehlung für alle gefäßchirurgischen Patienten auf Einweisung durch niedergelassene Ärzte.</i>
		Zentrale Notaufnahme
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

**B-[1518].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Gefäßchirurgie, Shuntchirurgie	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
2	Gefäßchirurgie, Shuntchirurgie	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

**B-[1518].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	17
2	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	10
3	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	8
4	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	6
5	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	4
6	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	< 4
7	5-385.90	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	< 4
8	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
9	5-385.82	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena parva	< 4
10	5-385.92	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): V. saphena parva	< 4
11	5-385.d1	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena parva	< 4
12	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
13	8-836.03	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm	< 4

**B-[1518].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	42
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	9
3	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	< 4
4	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
5	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4

**B-[1518].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[1518].11 Personelle Ausstattung****B-[1518].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	8,52	Fälle je VK/Person	118,690483	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,52	Ohne	0

Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,12	<b>Stationär</b>	8,4
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		5,36	<b>Fälle je VK/Person</b>	188,825745
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,36	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,08	<b>Stationär</b>	5,28

### B-[1518].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ07 - Gefäßchirurgie
2	AQ06 - Allgemein Chirurgie
3	AQ13 - Viszeralchirurgie

### B-[1518].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF31 - Phlebologie

### B-[1518].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		11,35	<b>Fälle je VK/Person</b>	87,84141
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,35	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	11,35
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,91	<b>Fälle je VK/Person</b>	521,989563
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,91	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,91
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,6	<b>Fälle je VK/Person</b>	623,125
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,6	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,6
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>				
Gesamt		0,12	<b>Fälle je VK/Person</b>	8308,334
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,12	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,12
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,34	<b>Fälle je VK/Person</b>	744,029846
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,34	<b>Ohne</b>	0

Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,34
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		3,79	Fälle je VK/Person	272,404358
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,79	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,13	<b>Stationär</b>	3,66

### B-[1518].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ01 - Bachelor
- 2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 3 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 4 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ20 - Praxisanleitung

### B-[1518].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#### # Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP08 - Kinästhetik
- 3 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement
- 5 ZP16 - Wundmanagement
- 6 ZP29 - Stroke Unit Care



**B-[0200] Geriatrie**

**B-[0200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrie

**B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie

**B-[0200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes**

**Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jürgen Heins
Telefon	0621 503 28001
Fax	0621 503 28002
E-Mail	geriatrie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geriatrie/index_ger.html">https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geriatrie/index_ger.html</a>

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fabian Schneider
Telefon	0621 503 28001
Fax	0621 503 28002
E-Mail	geriatrie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79

PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereich/kliniken_a_z/geriatrie/index_ger.html">https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereich/kliniken_a_z/geriatrie/index_ger.html</a>

### B-[0200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

### B-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>EKG, Labor, Echokardiographie</i>
2	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren <i>Duplexsonografie, Verschlussdruckmessung</i>
3	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten <i>Kompressions- und Duplexsonographie</i>
4	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>Blutdruckmessung incl. LZ-RR, Sonographie, Labor</i>
5	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <i>Sonographie, Labor, alterstypische Nierenerkrankungen</i>
6	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>alterstyp. Erkrank. wie Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen</i>
7	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas <i>alterstypische Organinsuffizienzen und Affektionen</i>
8	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Vorrangig untere Atemwegsinfekte und COPD</i>
9	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura <i>Sonographie und Punktion</i>
10	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten <i>vorrangig Infekte des alten Menschen</i>
11	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>Umfassendes Spektrum</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
12	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis <i>vor allem im Rahmen der Infektionen im Alter</i>
13	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>für das Alter tpische Erkankungen wie VHF</i>
14	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen <i>alterstypisch oder medikamentös bedingt</i>
15	VI38 - Palliativmedizin <i>vor allem älterer nicht onkologischer Patienten</i>
16	VI39 - Physikalische Therapie <i>im Rahmen des IPRM, z.B. Lymphdrainage, Kälte-, Wärme und Elektrotherapie</i>
17	VI40 - Schmerztherapie <i>Internistische Krankheitsbilder sowohl akuter wie chronischer Schmerzen</i>
18	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen <i>z.B. Parkinson-Syndrome</i>
19	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems <i>z.B. Demenzen</i>
20	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems <i>meist alterstypische Formen</i>
21	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>umfangreiches Spektrum einschließlich gerontopsychiatrischer Erkrankungen</i>
22	VN23 - Schmerztherapie <i>Neurologische Krankheitsbilder, z.B. Polyneuropathien</i>
23	VA00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

### B-[0200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	416
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[0200].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	71
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	34
3	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	13
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	11
5	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	9
6	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	8
7	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	7
8	E86	Volumenmangel	7
9	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	6
10	B34.2	Infektion durch Koronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	6
11	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	6
12	R54	Senilität	5
13	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
14	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	4
15	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	4
16	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	4
17	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	4
18	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	4
19	A46	Erysipel [Wundrose]	4
20	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	4
21	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	4
22	R55	Synkope und Kollaps	4
23	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	4
24	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	< 4
25	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	< 4
26	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	< 4
27	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
28	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	< 4
29	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
30	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	< 4

**B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	112
2	I50	Herzinsuffizienz	21
3	G40	Epilepsie	12
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	11
5	N17	Akutes Nierenversagen	11
6	I61	Intrazerebrale Blutung	11
7	S06	Intrakranielle Verletzung	10
8	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	9
9	A41	Sonstige Sepsis	8
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
11	E86	Volumenmangel	7
12	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	6
13	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	6
14	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	6
15	K26	Ulcus duodeni	6
16	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	5

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	G62	Sonstige Polyneuropathien	5
18	R54	Senilität	5
19	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	5
20	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	5
21	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	5
22	R55	Synkope und Kollaps	4
23	B02	Zoster [Herpes zoster]	4
24	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	4
25	I26	Lungenembolie	4
26	I21	Akuter Myokardinfarkt	4
27	A46	Erysipel [Wundrose]	4
28	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	4
29	S72	Fraktur des Femurs	4
30	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	4

### B-[0200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	328
2	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	55
3	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	52
4	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	37
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	16
6	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	15
7	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	10
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	9
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	7
10	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	6
11	8-98g.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	6
12	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	5
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	5
14	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	4
15	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	4
16	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	< 4
17	5-896.1d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	< 4
18	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	< 4
19	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	< 4
20	8-987.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	< 4
22	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
23	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumentherapie: An Haut und Unterhaut	< 4
24	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
25	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	< 4
26	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	< 4
27	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	< 4
28	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	< 4
29	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	< 4
30	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	< 4

### B-[0200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	417
2	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	55
3	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	20
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	19
5	8-547	Andere Immuntherapie	17
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	16
7	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	15
8	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	8
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	7
10	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	6
11	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
12	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
13	5-916	Temporäre Weichteildeckung	< 4
14	8-190	Spezielle Verbandstechniken	< 4
15	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	< 4
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4
17	8-020	Therapeutische Injektion	< 4
18	9-500	Patientenschulung	< 4
19	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	< 4
20	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
21	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	< 4
22	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	< 4
23	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	< 4
24	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
25	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	< 4
26	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	< 4
27	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	< 4
28	6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	< 4
29	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
30	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	< 4

**B-[0200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[0200].11 Personelle Ausstattung**

**B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

<b>Gesamt</b>	4,22	<b>Fälle je VK/Person</b>	98,5782
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 4,22	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	4,22

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte**

<b>Gesamt</b>	2	<b>Fälle je VK/Person</b>	208
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 2	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	2

**B-[0200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie

**B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF30 - Palliativmedizin
3	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
4	ZF39 - Schlafmedizin
	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
5	Notfalldiagnostik und Thorax

**B-[0200].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	13,85	<b>Fälle je VK/Person</b>	30,0361
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 13,85	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	13,85

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	2,94	<b>Fälle je VK/Person</b>	141,4966
---------------	------	---------------------------	----------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,94
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,18	Fälle je VK/Person	352,5424
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,18

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		0,45	Fälle je VK/Person	924,444458
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,45

In der Klinik für Geriatrie arbeitet ein multiprofessionelles Team mit dem Ziel die Selbstständigkeit und Autonomie der Patienten zu wahren bzw. zurückzugewinnen. Der Wunsch der Patienten nach größtmöglicher Lebensqualität in den ihnen verbleibenden Jahren, wollen wir nicht aus den Augen verlieren.

Zu dem multiprofessionellen Team gehören neben den oben genannten Berufsgruppen noch Folgende:

- 0,5 VK Psychologie
- 1,0 Logopädie
- 3,0 VK Ergotherapie
- 3,0 VK Physiotherapie

### **B-[0200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#### **# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss**

- 1 PQ02 - Diplom
- 2 PQ20 - Praxisanleitung

### **B-[0200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

#### **# Zusatzqualifikation**

- 1 ZP07 - Geriatrie
- 2 ZP01 - Basale Stimulation
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP13 - Qualitätsmanagement

**B-[2100] Klinik für Herzchirurgie****B-[2100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Herzchirurgie

**B-[2100].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2100 - Herzchirurgie
2	3621 - Intensivmedizin/Herzchirurgie

**B-[2100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Falk-Udo Sack
Telefon	0621 503 4051
Fax	0621 503 4060
E-Mail	herzchirurgie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fa_chbereiche/kliniken_a_z/herzchirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fa_chbereiche/kliniken_a_z/herzchirurgie/index_ger.html</a>

**B-[2100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## B-[2100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
	VC01 - Koronarchirurgie
1	<i>Es werden außer der konventionellen Bypasschirurgie auch minimal-invasive Bypassoperationen sowie Bypassoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine durchgeführt.</i>
2	VC02 - Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur
	VC03 - Herzklappenchirurgie
3	<i>Es wird minimal-invasive Mitralklappenchirurgie durchgeführt.</i>
4	VC05 - Schrittmachereingriffe
5	VX00 - („Sonstiges“): Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI)
6	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
7	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
8	VC00 - („Sonstiges“): Kunstherz / ventrikuläre Unterstützungssysteme
9	VC00 - („Sonstiges“): Carotis-TEA kombiniert mit herzchirurgischen Eingriffen
10	VC24 - Tumorchirurgie
11	VC00 - („Sonstiges“): Eingriffe an der thorakalen Aorta
12	VC06 - Defibrillatoreingriffe
13	VC08 - Lungenembolektomie
14	VC09 - Behandlung von Verletzungen am Herzen
15	VC10 - Eingriffe am Perikard
16	VC11 - Lungenchirurgie
17	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
18	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
19	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
20	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
21	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
22	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
23	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
24	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
25	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
26	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VC04 - Chirurgie der angeborenen Herzfehler
27	<i>Im Erwachsenenalter bei "GUCH-Patienten"</i>
28	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
29	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
30	VD20 - Wundheilungsstörungen
31	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
32	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
33	VR04 - Duplexsonographie
34	VR16 - Phlebographie
35	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
36	VI34 - Elektrophysiologie
37	VR02 - Native Sonographie
	VI27 - Spezialsprechstunde
38	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Herz-Ambulanz</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
39	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

**# Medizinische Leistungsangebote**

VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)

- 40 *Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)*

**B-[2100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	723
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2100].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	190
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	101
3	I35.0	Aortenklappenstenose	80
4	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	52
5	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	47
6	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	38
7	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	33
8	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	22
9	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	13
10	T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	12
11	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	12
12	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	11
13	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	9
14	I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	8
15	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	7
16	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	7
17	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	6
18	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	5
19	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	4
20	I20.0	Instabile Angina pectoris	4
21	I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	4
22	I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose	< 4
23	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	< 4
24	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	< 4
25	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
26	C38.0	Bösartige Neubildung: Herz	< 4
27	I71.07	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, rupturiert	< 4
28	I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4
29	I05.0	Mitralklappenstenose	< 4
30	I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	< 4

**B-[2100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	231
2	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	149
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	128
4	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	57
5	I33	Akute und subakute Endokarditis	33

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	30
7	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	20
8	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	12
9	D15	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	9
10	I20	Angina pectoris	8
11	I05	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	6
12	I50	Herzinsuffizienz	4
13	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
14	C38	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura	< 4
15	I51	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	< 4
16	M86	Osteomyelitis	< 4
17	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	< 4
18	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
19	I63	Hirnfarkt	< 4
20	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
21	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	< 4
22	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
23	R07	Hals- und Brustschmerzen	< 4
24	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
25	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	< 4
26	I26	Lungenembolie	< 4
27	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
28	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
29	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	< 4
30	I70	Atherosklerose	< 4

### B-[2100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	553
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	401
3	5-93a.0	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation: Ohne Verwendung von Chelatoren	382
4	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	349
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	217
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	214
7	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	181
8	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	137
9	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	136
10	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	129

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	125
12	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	92
13	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	89
14	5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	86
15	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	78
16	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	75
17	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	63
18	5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	63
19	5-351.12	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	60
20	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	60
21	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	59
22	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	58
23	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	54
24	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	53
25	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	42
26	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	41
27	5-896.1a	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken	40
28	5-370.2	Perikardiotomie und Kardiotomie: Adhäsiolyse am Perikard	36
29	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	36
30	5-379.1	Andere Operationen an Herz und Perikard: Ligatur eines Herzohres	35

### B-[2100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	713
2	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	560
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	554
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	429
5	5-93a	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation	382
6	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	244
7	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	216
8	8-701	Einfache endotracheale Intubation	214
9	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	184
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	180
11	5-38b	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation	151
12	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	129
13	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	110

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	5-379	Andere Operationen an Herz und Perikard	91
15	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	86
16	5-353	Valvuloplastik	72
17	9-984	Pflegebedürftigkeit	66
18	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	62
19	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	59
20	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	57
21	5-354	Andere Operationen an Herzklappen	55
22	5-370	Perikardiotomie und Kardiotomie	49
23	5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	46
24	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	42
25	5-349	Andere Operationen am Thorax	41
26	8-190	Spezielle Verbandstechniken	41
27	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	41
28	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	40
29	5-356	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern	35
30	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	34

### B-[2100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes HZ-Ambulanz
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<i>In der HZ-Ambulanz erfolgt die komplette prästationäre Vorbereitung von Patienten, die zur herzchirurgischen Therapie an die Klinik überwiesen werden. Bei allen Patienten erfolgt ein präoperatives Screening auf MRSA, bei Bedarf erfolgt eine präoperative Sanierung von kontaminierten Patienten.</i>
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

### B-[2100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	HZ-Ambulanz	VC00 - („Sonstiges“): Diagnostik von herzchirurgischen Patienten
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VC00 - („Sonstiges“): Diagnostik von herzchirurgischen Patienten
3	Zentrale Notaufnahme	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Behandlung von herzchirurgischen Notfallpatienten

### B-[2100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[2100].11 Personelle Ausstattung**

**B-[2100].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten		40	
<b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b>			
Gesamt		17,45	Fälle je VK/Person 41,43266
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,45	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 17,45
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>			
Gesamt		9,47	Fälle je VK/Person 76,34635
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,47	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 9,47

**B-[2100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ08 - Herzchirurgie
2	AQ63 - Allgemeinmedizin

**B-[2100].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin

**B-[2100].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten		38,5	
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		64,15	Fälle je VK/Person 11,27046
Beschäftigungsverhältnis	Mit	64,15	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 64,15
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		1,61	Fälle je VK/Person 449,068329
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,61	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 1,61
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		2,75	Fälle je VK/Person 262,9091
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,75	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 2,75
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>			

<b>Gesamt</b>		0,32	<b>Fälle je VK/Person</b>	2259,375
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,32	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,32

#### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		6,13	<b>Fälle je VK/Person</b>	117,944527
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	6,13	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	6,13

#### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		4,85	<b>Fälle je VK/Person</b>	149,072174
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	4,85	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,85

### B-[2100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 4 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 5 PQ20 - Praxisanleitung

### B-[2100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#### # Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP08 - Kinästhetik
- 3 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement
- 5 ZP16 - Wundmanagement

**B-[2200] Urologische Klinik****B-[2200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Urologische Klinik

**B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

**B-[2200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Markus Müller
Telefon	0621 503 4400
Fax	0621 503 4413
E-Mail	urologie@klilu.de
Strasse	Bremsenstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/urologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/urologie/index_ger.html</a>

**B-[2200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[2200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	VU00 - („Sonstiges“): Da-Vinci-System
4	VU13 - Tumorchirurgie
5	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
6	VU00 - („Sonstiges“): Urologische Implantate
7	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
8	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
9	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
10	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
11	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
12	<i>Diagnostik und Therapie der postrenalen Niereninsuffizienz</i>
13	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
14	VU08 - Kinderurologie
15	VU09 - Neuro-Urologie
16	VG16 - Urogynäkologie
17	VU18 - Schmerztherapie VU14 - Spezialsprechstunde
18	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Urologische Sprechstunde, Kontinenzsprechstunde</i>
19	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i> VX00 - („Sonstiges“): Prostatakarzinomzentrum
20	<i>Das Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.09.2025).</i>
21	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

**B-[2200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	3543
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	405
2	N40	Prostatahyperplasie	289
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	284
4	N20.1	Ureterstein	226
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	189
6	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	165
7	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	131
8	N20.0	Nierenstein	125
9	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	78
10	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	74
11	R33	Harnverhaltung	71
12	N41.0	Akute Prostatitis	69

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
13	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	63
14	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	57
15	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	56
16	N13.20	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein	53
17	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	47
18	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	42
19	N13.65	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere	41
20	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	38
21	N32.0	Blasenhalsobstruktion	38
22	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	35
23	N13.29	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisation nicht näher bezeichnet	35
24	C67.6	Bösartige Neubildung: Ostium ureteris	34
25	N13.61	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert, mit Infektion der Niere	33
26	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	32
27	N13.63	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere	32
28	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	26
29	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	23
30	T83.0	Mechanische Komplikation durch einen Harnwegskatheter (Verweilkatheter)	22

### B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	750
2	N20	Nieren- und Ureterstein	425
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	322
4	N40	Prostatahyperplasie	289
5	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	284
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	203
7	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	179
8	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	87
9	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	77
10	R33	Harnverhaltung	71
11	N45	Orchitis und Epididymitis	65
12	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	63
13	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	57
14	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	42
15	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	42
16	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	38
17	N35	Harnröhrenstriktur	36
18	N30	Zystitis	36
19	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	26
20	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	23
21	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	23
22	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	22
23	D29	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	22
24	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	21
25	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	20
26	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Harnorgane	18
27	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	18
28	S37	Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane	17
29	N17	Akutes Nierenversagen	17

30	N43	Hydrozele und Spermatozele	14
----	-----	----------------------------	----

### B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	322
2	N40	Prostatahyperplasie	289
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	284
4	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	57
5	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	38

### B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	1216
2	5-98k.0	Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	952
3	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	622
4	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	553
5	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	444
6	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	430
7	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	337
8	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	216
9	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	203
10	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	202
11	3-13f	Zystographie	200
12	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	199
13	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	196
14	5-98k.2	Art des Zystoskops: Flexibles wiederverwendbares Zystoskop	186
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	183
16	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	161
17	8-137.13	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Intraoperativ	156
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	153
19	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	141
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	115
21	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	107
22	1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	104
23	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	95
24	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	95
25	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	93
26	1-999.42	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Flexibles wiederverwendbares Zystoskop	90
27	5-601.70	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Holmium-Laser-Enukleation	89
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	88

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	1-999.2x	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Diagnostische Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	85
30	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	84

### B-[2200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	1566
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	1388
3	5-98k	Art des Zystoskops	1151
4	3-05c	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane	623
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	585
6	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	551
7	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	501
8	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	331
9	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	255
10	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	216
11	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	210
12	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	205
13	3-13f	Zystographie	200
14	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	199
15	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	176
16	5-985	Lasertechnik	156
17	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	144
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	129
19	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	128
20	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	119
21	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	118
22	5-572	Zystostomie	112
23	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	104
24	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	93
25	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	84
26	3-13d	Urographie	80
27	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	77
28	5-640	Operationen am Präputium	65
29	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	46
30	5-554	Nephrektomie	38

### B-[2200].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	205
2	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	176
3	5-554	Nephrektomie	38
4	5-553	Partielle Resektion der Niere	33
5	5-552	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere	26
6	5-576	Zystektomie	22

**B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Urologie
3	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Urologie
4	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde <i>Die Kontinenzsprechstunde der Urologischen Klinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumorerkrankungen <i>Diagnostik, med. Therapievorschläge, Zytostatika Mitglied des Kernteams</i>
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen <i>Mitglied des Kernteams</i>
7	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

**B-[2200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU08 - Kinderurologie
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU09 - Neuro-Urologie
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU17 - Prostatazentrum

#	Ambulanz	Leistung
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU18 - Schmerztherapie
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU13 - Tumorchirurgie
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG16 - Urogynäkologie
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU00 - („Sonstiges“): Urologische Implantate
19	Kontinenzsprechstunde	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
20	Kontinenzsprechstunde	VU00 - („Sonstiges“): Diagnose und Therapie aller Formen der Inkontinenz inkl. Neuro-Urologie
21	Urologie	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
22	Urologie	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
23	Urologie	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
24	Urologie	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
25	Urologie	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
26	Urologie	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
27	Urologie	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
28	Urologie	VU08 - Kinderurologie
29	Urologie	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
30	Urologie	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
31	Urologie	VU09 - Neuro-Urologie
32	Urologie	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
33	Urologie	VU17 - Prostatazentrum
34	Urologie	VU18 - Schmerztherapie
35	Urologie	VU13 - Tumorchirurgie
36	Urologie	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
37	Urologie	VG16 - Urogynäkologie
38	Urologie	VX00 - („Sonstiges“): Urologische Implantate

### B-[2200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Urologische Tumorerkrankungen	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
2	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Urologische Tumore im Kernteam beteiligt:

- Urologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Rheumatologische Erkrankungen im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten

**B-[2200].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	189
2	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	105
3	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	78
4	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	45
5	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	43
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	39
7	5-611	Operation einer Hydrocele testis	19
8	5-630.0	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Sklerosierung der V. spermatica, skrotal	14
9	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	12
10	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	9
11	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	6
12	1-460.5	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Stufenbiopsie	5
13	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	5
14	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	4
15	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	4
16	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	< 4
17	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4
18	5-624.4	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	< 4
19	8-137.02	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	< 4
20	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
21	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	< 4
22	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	< 4
23	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	< 4
24	5-612.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Partielle Resektion	< 4
25	5-622.1	Orchidektomie: Skrotal, mit Epididymektomie	< 4
26	5-631.2	Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	< 4
27	5-633.1	Epididymektomie: Total	< 4
28	8-137.22	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Über ein Stoma	< 4

**B-[2200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	322
2	5-640	Operationen am Präputium	108
3	5-572	Zystostomie	45
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	39
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	19
6	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	14

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	13
8	5-624	Orchidopexie	8
9	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	7
10	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	5
11	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	5
12	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	4
13	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
14	5-622	Orchidektomie	< 4
15	5-633	Epididymektomie	< 4
16	5-612	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe	< 4
17	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	< 4

### B-[2200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

### B-[2200].11 Personelle Ausstattung

#### B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	14,86	Fälle je VK/Person	266,993225	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	14,86	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,59	<b>Stationär</b>	13,27

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	8,6	Fälle je VK/Person	461,328125	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,6	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,92	<b>Stationär</b>	7,68

#### B-[2200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie

#### B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
2	ZF04 - Andrologie
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

**B-[2200].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		35,03	Fälle je VK/Person	104,114021
Beschäftigungsverhältnis	Mit	35,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	34,03
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		3,14	Fälle je VK/Person	1128,34387
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,14
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,33	Fälle je VK/Person	2663,90967
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,33
<b>Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)</b>				
Gesamt		0,83	Fälle je VK/Person	4268,675
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,83
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>				
Gesamt		0,41	Fälle je VK/Person	8641,464
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,41
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,74	Fälle je VK/Person	3107,89478
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	1,14
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		12,27	Fälle je VK/Person	295,98996
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	11,97

### B-[2200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ01 - Bachelor
- 2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 3 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 4 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 5 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 6 PQ11 - Pflege in der Nephrologie
- 7 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 8 PQ20 - Praxisanleitung

### B-[2200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#### # Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP03 - Diabetes
- 3 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 4 ZP07 - Geriatrie
- 5 ZP08 - Kinästhetik
- 6 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 7 ZP14 - Schmerzmanagement
- 8 ZP20 - Palliative Care
- 9 ZP23 - Breast Care Nurse



**B-[2400] Frauenklinik/ Geburtshilfe****B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Frauenklinik/ Geburtshilfe

**B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann
Telefon	0621 503 3251
Fax	0621 503 3271
E-Mail	<a href="mailto:gyn@kliilu.de">gyn@kliilu.de</a>
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fa_chbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie/index_ger.html">https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fa_chbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie/index_ger.html</a>

**B-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## B-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
2	VG06 - Gynäkologische Chirurgie VG05 - Endoskopische Operationen
3	<i>Minimal-Invasive-laparoskopische Operationen (MIC II)</i>
4	VG16 - Urogynäkologie
5	VG07 - Inkontinenzchirurgie
6	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
7	<i>inkl. Dysplasiesprechstunde</i>
8	VG17 - Reproduktionsmedizin
9	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
10	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
11	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
12	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
13	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie VG00 - („Sonstiges“): Plastisch rekonstruktive Eingriffe
14	<i>In Kooperation mit der BG Klinik Ludwigshafen</i>
15	VG00 - („Sonstiges“): Transabdominale Sonographie von Genitalien bei Kindern
16	VG00 - („Sonstiges“): Vaginoskopie bei Kindern VX00 - („Sonstiges“): Kindergynäkologie
17	<i>Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen, Blutungsstörungen, endokrinologischen Erkrankungen, Fehlbildungen und Tumoren</i>
18	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
19	<i>Ambulante und stationäre Betreuung von Risikoschwangerschaften, Geburtsplanung, Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese).</i>
20	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
21	VG00 - („Sonstiges“): Cerclage (Naht am Gebärmutterhals)
22	VG19 - Ambulante Entbindung
23	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften VX00 - („Sonstiges“): Angebot für werdende Eltern
24	<i>Baby-Massage, Diabetesschulung für Schwangere, Entspannung im Wasser f. Schwangere, Akupunktur, Geburtsvorbereitung, Hypnose, Infoabende f. werdende Eltern, Neugeborenencreening, Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflegekurs, Stillgruppentreffen, Laktationsberatung, Wochenbettbetreuung</i>
25	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
26	VR02 - Native Sonographie
27	VG00 - („Sonstiges“): 3D und 4D-Sonographie
28	VR04 - Duplexsonographie VG15 - Spezialsprechstunde
29	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Brustsprechstunde, Dysplasiesprechstunde, Kindergynäkologische Sprechstunde, Endometriose-Sprechstunde, Sprechstunde im Rahmen der Geburtsvorbereitung (Geburtsplanung und Hebammensprechstunde)</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
30	Behandlung von Notfällen (24h)
	VX00 - („Sonstiges“): Brustzentrum
31	Das Brustzentrum Ludwigshafen ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 05.11.2025).
32	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

### B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1754
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	296
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	84
3	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	44
4	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	39
5	O36.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie	38
6	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	35
7	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	31
8	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	30
9	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	29
10	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	27
11	O80	Spontangeburt eines Einlings	26
12	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	26
13	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	25
14	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	24
15	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	24
16	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	22
17	N97.0	Sterilität der Frau in Verbindung mit fehlender Ovulation	22
18	O20.0	Drohender Abort	22
19	N80.0	Endometriose des Uterus	21
20	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	20
21	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	20
22	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	19
23	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	19
24	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	18
25	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	18
26	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	18
27	N80.1	Endometriose des Ovars	17
28	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	17
29	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	16
30	N97.8	Sterilität sonstigen Ursprungs bei der Frau	16

**B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	298
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	189
3	D25	Leiomyom des Uterus	66
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	52
5	N80	Endometriose	50
6	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	46
7	O70	Dammriss unter der Geburt	45
8	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	44
9	N97	Sterilität der Frau	44
10	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	43
11	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	40
12	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	39
13	N81	Genitalprolaps bei der Frau	36
14	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	30
15	O42	Vorzeitiger Blasensprung	30
16	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	26
17	O80	Spontangeburt eines Einlings	26
18	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	26
19	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	22
20	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	22
21	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	22
22	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	20
23	O62	Abnorme Wehentätigkeit	19
24	D06	Carcinoma in situ der Cervix uteri	19
25	O33	Betreuung der Mutter bei festgestelltem oder vermutetem Missverhältnis zwischen Fetus und Becken	18
26	O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	17
27	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	17
28	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	17
29	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	16
30	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	15

**B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	316
2	1-242	Audiometrie	271
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	146
4	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	135
5	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	98
6	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	89
7	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	78
8	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	77
9	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	76

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
10	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	75
11	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	72
12	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	66
13	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	54
14	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	48
15	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	47
16	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	43
17	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	40
18	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	36
19	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	30
20	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage)	29
21	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	28
22	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	28
23	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	28
24	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	28
25	5-683.21	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal	28
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	27
27	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	26
28	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	25
29	5-657.72	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	25
30	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	24

### B-[2400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	333
2	1-242	Audiometrie	271
3	5-749	Andere Sectio caesarea	207
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	192
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	146
6	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	141
7	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	124
8	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	117
9	5-661	Salpingektomie	108
10	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	104
11	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	92
12	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	89
13	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	77

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	76
15	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	62
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	57
17	5-653	Salpingoovariektomie	53
18	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	50
19	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	48
20	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	45
21	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	33
22	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	30
23	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	30
24	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	28
25	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	28
26	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	25
27	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	21
28	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	21
29	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	20
30	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	20

### B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe
2	AM07 - Privatambulanz	<i>Für türkisch-, englisch-, arabisch-, persisch- und russischsprachige werdende Eltern werden Sprechstunden in der jeweiligen Muttersprache angeboten.</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gynäkologische Ambulanz <i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Brustsprechstunde <i>Stanzbiopsie d. Brust unter Ultraschall- u. Mammographiesicht, sonograph. u. mammograph. Untersuchung v. Brustdrüsen, ggf. inkl. regionaler Lymphknoten (bei Indikation MRT). Bei Erstzuweisung ist eine Überweisung durch einen Vertragsarzt erforderlich.</i>
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Endometriosesprechstunde <i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
6	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde <i>Die Kontinenzsprechstunde der Frauenklinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums. Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
7	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Dysplasiesprechstunde <i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
8	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kindergynäkologische Sprechstunde <i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
9	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen <i>Mitglied im Kernteam</i>
10	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

**B-[2400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Brustsprechstunde	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
2	Brustsprechstunde	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
3	Brustsprechstunde	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
4	Brustsprechstunde	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
5	Brustsprechstunde	VX00 - („Sonstiges“): Tumornachsorge
6	Brustsprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Chemoambulanz
7	Dysplasiesprechstunde	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	Dysplasiesprechstunde	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	Endometriosesprechstunde	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
10	Endometriosesprechstunde	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
11	Gynäkologische Ambulanz	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
12	Gynäkologische Ambulanz	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
13	Gynäkologische Ambulanz	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
14	Gynäkologische Ambulanz	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
15	Gynäkologische Ambulanz	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
16	Gynäkologische Ambulanz	VG16 - Urogynäkologie
17	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Endokrinologische Erkrankungen
18	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen
19	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie bei Blutungsstörungen
20	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Fehlbildungen und Tumoren
21	Kontinenzsprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

#	Ambulanz	Leistung
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG16 - Urogynäkologie
29	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
30	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
31	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG00 - („Sonstiges“): Risikoschwangerschaft (Amniozentese/Fruchtwasseruntersuchung)
32	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG00 - („Sonstiges“): Geburtsplanung

### B-[2400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Rheumatologische Erkrankungen im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten

### B-[2400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	168
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	165
3	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	68
4	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	51
5	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	47
6	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	38
7	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	26
8	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	25
9	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	18
10	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	15
11	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
12	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	9
13	5-671.03	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Exzision mit elektrischer Nadel/Messer	8
14	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	5
15	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
16	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
17	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
18	5-671.11	Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Schlingenexzision	< 4
19	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	< 4
20	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	< 4
21	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
22	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	< 4
23	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	< 4
24	5-657.72	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
25	5-675.0	Andere Rekonstruktion der Cervix uteri: Naht (nach Verletzung)	< 4
26	5-681.60	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Destruktion: Elektrokoagulation	< 4
27	5-681.62	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Destruktion: Thermokoagulation	< 4
28	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
29	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	< 4
30	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	< 4

### B-[2400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	168
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	165
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	115
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	93
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	58
6	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	27
7	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	15
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
9	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	9
10	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	4
11	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
12	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	< 4
13	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
14	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
15	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	< 4
16	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4
17	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
18	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
19	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
20	5-675	Andere Rekonstruktion der Cervix uteri	< 4

**B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[2400].11 Personelle Ausstattung****B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	9,81	Fälle je VK/Person	223,155212	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	9,81	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,95	<b>Stationär</b>	7,86
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt	6,04	Fälle je VK/Person	322,426483	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,04	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,6	<b>Stationär</b>	5,44

**B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung****# Facharztbezeichnungen**

- AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- AQ15 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

**B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung****# Zusatz-Weiterbildung**

- ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie

**B-[2400].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt	11,36	Fälle je VK/Person	169,305023	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,36	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1	<b>Stationär</b>	10,36

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt	5,21	Fälle je VK/Person	336,660278	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,21	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,21

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>		0,81	<b>Fälle je VK/Person</b>	2165,43213
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,81	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,81

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		0,07	<b>Fälle je VK/Person</b>	25057,1426
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,07	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,07

#### Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		5,11	<b>Fälle je VK/Person</b>	343,248535
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	5,11	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,11

#### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		0,79	<b>Fälle je VK/Person</b>	2220,25317
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,79	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,79

#### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		4,69	<b>Fälle je VK/Person</b>	396,832581
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	4,69	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0,27	<b>Stationär</b>	4,42

### B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 4 PQ11 - Pflege in der Nephrologie
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ16 - Familienhebamme
- 7 PQ20 - Praxisanleitung
- 8 PQ15 - Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

### B-[2400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#### # Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 5 ZP14 - Schmerzmanagement
- 6 ZP28 - Still- und Laktationsberatung

**B-[2600] Hals-Nasen-Ohren-Klinik****B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Hals-Nasen-Ohren-Klinik

**B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

**B-[2600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Klaus-Wolfgang Delank
Telefon	0621 503 3401
Fax	0621 503 3403
E-Mail	hno@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hals_nasen_ohren_klinik/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hals_nasen_ohren_klinik/index_ger.html</a>

**B-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
2	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
4	VH04 - Mittelohrchirurgie
5	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
6	VH05 - Cochlearimplantation
7	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
8	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
9	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
10	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
11	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
12	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
13	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
14	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
15	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
16	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
17	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
18	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
19	VH25 - Schnarchoperationen
20	VH11 - Transnasaler Verschluss von Liquorzysten
21	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
22	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
23	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
24	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
25	VH26 - Laserchirurgie
26	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
27	VH00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Schädelbasis
28	VH00 - („Sonstiges“): Phoniatrie
29	VH27 - Pädaudiologie VH23 - Spezialsprechstunde
30	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, HNO-Ambulanz, Phoniatrie und Pädaudiologie</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
31	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i> VH00 - („Sonstiges“): Kopf-Hals-Tumorzentrum
32	<i>Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).</i>

**B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	2639
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	257
2	J32.4	Chronische Pansinusitis	141
3	J36	Peritonsillarabszess	104
4	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	101

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
5	R04.0	Epistaxis	94
6	J35.0	Chronische Tonsillitis	88
7	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	78
8	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	70
9	H71	Cholesteatom des Mittelohres	69
10	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	67
11	S02.2	Nasenbeinfraktur	64
12	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	51
13	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	50
14	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	47
15	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	45
16	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	39
17	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	38
18	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	37
19	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	33
20	K14.8	Sonstige Krankheiten der Zunge	31
21	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	29
22	K11.2	Sialadenitis	27
23	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	25
24	J38.4	Larynxödem	25
25	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	24
26	H91.9	Hörverlust, nicht näher bezeichnet	23
27	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	21
28	C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis	21
29	A46	Erysipel [Wundrose]	20
30	D02.0	Carcinoma in situ: Larynx	19

### B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	276
2	J32	Chronische Sinusitis	260
3	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	213
4	J36	Peritonsillarabszess	104
5	R04	Blutung aus den Atemwegen	103
6	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	97
7	J03	Akute Tonsillitis	85
8	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	79
9	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	78
10	H91	Sonstiger Hörverlust	75
11	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	73
12	H81	Störungen der Vestibularfunktion	71
13	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	70
14	H71	Cholesteatom des Mittelohres	69
15	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	54
16	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	40
17	M95	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	39
18	H60	Otitis externa	35
19	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	33
20	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	33

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
21	K14	Krankheiten der Zunge	32
22	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	30
23	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	28
24	D10	Gutartige Neubildung des Mundes und des Pharynx	26
25	J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	22
26	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	22
27	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	21
28	A46	Erysipel [Wundrose]	20
29	H70	Mastoiditis und verwandte Zustände	19
30	D02	Carcinoma in situ des Mittelohres und des Atmungssystems	19

### B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	276
2	J32	Chronische Sinusitis	260
3	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	97
4	H91	Sonstiger Hörverlust	75
5	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	73
6	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	70
7	H71	Cholesteatom des Mittelohres	69
8	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	54
9	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	30
10	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	28
11	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	6

### B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	441
2	1-242	Audiometrie	376
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	352
4	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	322
5	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	318
6	1-611.00	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt: Ohne weitere Maßnahmen	317
7	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	238
8	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	220
9	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	218
10	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	215
11	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	194
12	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangsstenose)	126
13	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	123
14	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	123
15	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	119
16	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	106
17	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	103
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	98
19	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszesstonsillektomie	98

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	96
21	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	93
22	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	92
23	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	90
24	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	89
25	5-983	Reoperation	87
26	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	87
27	5-262.04	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Mit intraoperativem Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	75
28	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	75
29	1-420.1	Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle: Zunge	59
30	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	58

### B-[2600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	732
2	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	538
3	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	497
4	1-242	Audiometrie	376
5	5-984	Mikrochirurgische Technik	352
6	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	322
7	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	318
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	304
9	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	297
10	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	267
11	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	231
12	5-985	Lasertechnik	156
13	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	139
14	1-422	Biopsie ohne Inzision am Pharynx	134
15	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	128
16	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	127
17	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	126
18	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	122
19	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	121
20	5-189	Andere Operationen am äußeren Ohr	120
21	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	119
22	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	105
23	1-421	Biopsie ohne Inzision am Larynx	102
24	5-200	Parazentese [Myringotomie]	99
25	5-983	Reoperation	87
26	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	76
27	1-420	Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle	74
28	5-202	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr	67
29	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	65
30	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	64

**B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	HNO-Ambulanz <i>Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für HNO-Heilkunde erforderlich.</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Phoniatrie und Pädaudiologie <i>Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt (Allgemeinarzt/Praktischer Arzt, HNO-Arzt, Internist, Kinderarzt, Nervenarzt oder Neurologe)</i>
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Mitglied im Kernteam</i>
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

**B-[2600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	HNO-Ambulanz	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
2	HNO-Ambulanz	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
3	HNO-Ambulanz	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
4	HNO-Ambulanz	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
5	HNO-Ambulanz	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
6	HNO-Ambulanz	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
7	HNO-Ambulanz	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
8	HNO-Ambulanz	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
9	HNO-Ambulanz	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
10	HNO-Ambulanz	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
11	HNO-Ambulanz	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
12	HNO-Ambulanz	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
13	HNO-Ambulanz	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
14	HNO-Ambulanz	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
15	HNO-Ambulanz	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
16	HNO-Ambulanz	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
17	HNO-Ambulanz	VH26 - Laserchirurgie
18	HNO-Ambulanz	VH04 - Mittelohrchirurgie
19	HNO-Ambulanz	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
20	HNO-Ambulanz	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
21	HNO-Ambulanz	VX00 - („Sonstiges“): Tumornachsorge
22	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH27 - Pädaudiologie
23	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH00 - („Sonstiges“): Phoniatrie
24	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH00 - („Sonstiges“): Leistungen der Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen

#	Ambulanz	Leistung
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
33	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
34	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
35	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
36	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
37	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
38	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
39	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
40	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
41	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH26 - Laserchirurgie
42	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH04 - Mittelohrchirurgie
43	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
44	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
45	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH00 - („Sonstiges“): Tumornachsorge

### B-[2600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Allgemeinchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Nuklearmedizin
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**B-[2600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	136
2	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	80
3	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	61
4	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	57
5	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	45
6	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	20
7	5-903.44	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	17
8	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	15
9	5-250.2	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Exzision	15
10	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	15
11	5-902.24	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	7
12	5-260.20	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Entfernung eines Speichelsteines: Speicheldrüse	6
13	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	6
14	5-184.2	Plastische Korrektur absteher Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	5
15	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	5
16	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	5
17	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	4
18	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	4
19	5-273.4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Wange	< 4
20	5-216.2	Reposition einer Nasenfraktur: Offen, von außen	< 4
21	5-184.3	Plastische Korrektur absteher Ohren: Concharotation	< 4
22	5-188.0	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Reduktionsplastik (z.B. bei Makrotie)	< 4
23	5-184.0	Plastische Korrektur absteher Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels	< 4
24	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	< 4
25	5-259.2	Andere Operationen an der Zunge: Plastik des Frenulum linguae	< 4
26	5-273.3	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Mundboden	< 4
27	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	< 4
28	5-903.40	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Lippe	< 4
29	5-091.10	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	< 4
30	5-184.1	Plastische Korrektur absteher Ohren: Durch Exzision von Weichteilen	< 4

**B-[2600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	141
2	5-200	Parazentese [Myringotomie]	137
3	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	63
4	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	48

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	39
6	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	20
7	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	15
8	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	15
9	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	11
10	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	11
11	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	9
12	5-260	Inzision und Schlitzzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	7
13	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	6
14	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	5
15	5-188	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres	< 4
16	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	< 4
17	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	< 4
18	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
19	5-640	Operationen am Präputium	< 4
20	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
21	5-211	Inzision der Nase	< 4
22	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	< 4

### B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung	Ja

### B-[2600].11 Personelle Ausstattung

#### B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	13,99	Fälle je VK/Person	255,469513	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,66	Stationär	10,33
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt	7,35	Fälle je VK/Person	486,0037	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,92	Stationär	5,43

#### B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
2	AQ19 - Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

**B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung**# **Zusatz-Weiterbildung**

- 1 ZF33 - Plastische Operationen
- 2 ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie

**B-[2600].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	36,11	<b>Fälle je VK/Person</b>	77,36734
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 36,11	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 2	<b>Stationär</b>	34,11

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	2,93	<b>Fälle je VK/Person</b>	900,682556
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 2,93	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	2,93

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	0,86	<b>Fälle je VK/Person</b>	3068,60449
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 0,86	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	0,86

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	0,12	<b>Fälle je VK/Person</b>	21991,668
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 0,12	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	0,12

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	1,38	<b>Fälle je VK/Person</b>	3141,66675
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 1,38	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0,54	<b>Stationär</b>	0,84

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	5,62	<b>Fälle je VK/Person</b>	469,572968
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 5,62	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	5,62

**B-[2600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**# **Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss**

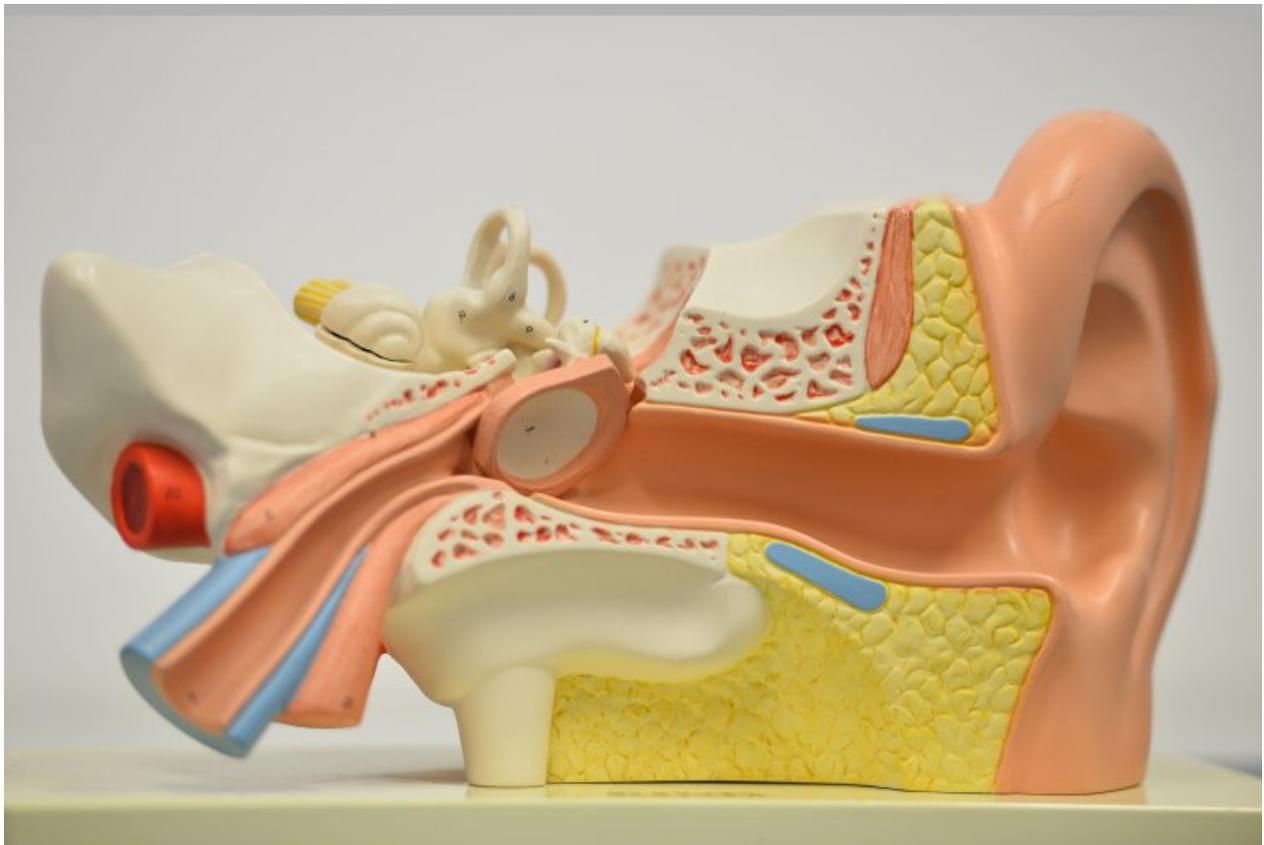
- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ07 - Pflege in der Onkologie

**# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss**

- 4 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 5 PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
- 6 PQ12 - Notfallpflege
- 7 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 8 PQ18 - Pflege in der Endoskopie
- 9 PQ20 - Praxisanleitung

**B-[2600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation****# Zusatzqualifikation**

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 5 ZP14 - Schmerzmanagement
- 6 ZP20 - Palliative Care



**B-[2700] Augenklinik****B-[2700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Augenklinik

**B-[2700].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2700 - Augenheilkunde

**B-[2700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt , FEBO
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Lars-Olof Hattenbach
Telefon	0621 503 3051
Fax	0621 503 3081
E-Mail	au@kliilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fa_chbereiche/kliniken_a_z/augenklinik/index_ger.html">https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fa_chbereiche/kliniken_a_z/augenklinik/index_ger.html</a>

**B-[2700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[2700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
2	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
3	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
4	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
5	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
6	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
7	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
8	VA00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
9	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
10	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
11	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
12	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
13	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
14	VA18 - Laserchirurgie des Auges
15	VA15 - Plastische Chirurgie
16	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
17	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
18	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
19	VX00 - („Sonstiges“): Klinisches Studienzentrum <i>Das Studienzentrum besteht seit 2008 und ermöglicht klinische Forschungsprojekte gemäß europäischer und internationaler Richtlinien in höchster Qualität.</i>
	VA17 - Spezialsprechstunde
20	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Augenambulanz</i>
21	VA00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

**B-[2700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	2240
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2700].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	312
2	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	286
3	H35.38	Sonstige Degeneration der Makula und des hinteren Poles	282
4	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	154
5	H33.2	Seröse Netzhautablösung	79
6	H43.1	Glaskörperblutung	69
7	H47.2	Optikusatrophie	62
8	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	59
9	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	56
10	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	48
11	H40.8	Sonstiges Glaukom	48
12	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	41
13	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	35

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	H11.0	Pterygium	34
15	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	30
16	H02.1	Ektropium des Augenlides	30
17	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	30
18	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	28
19	H27.0	Aphakie	28
20	H02.4	Ptosis des Augenlides	27
21	H16.0	Ulcus corneae	26
22	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	21
23	H02.3	Blepharochalasis	20
24	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	20
25	H44.1	Sonstige Endophthalmitis	19
26	H27.1	Luxation der Linse	18
27	B02.3	Zoster ophthalmicus	17
28	H35.6	Netzhautblutung	16
29	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	15
30	H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	12

### B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Glaukom	449
2	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	444
3	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	327
4	H25	Cataracta senilis	202
5	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	117
6	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	96
7	H43	Affektionen des Glaskörpers	80
8	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	63
9	H26	Sonstige Kataraktformen	50
10	H27	Sonstige Affektionen der Linse	47
11	H16	Keratitis	38
12	H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	38
13	H34	Netzhautgefäßverschluss	31
14	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	30
15	H44	Affektionen des Augapfels	27
16	H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	26
17	B02	Zoster [Herpes zoster]	18
18	S05	Verletzung des Auges und der Orbita	16
19	H20	Iridozyklitis	14
20	H21	Sonstige Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers	14
21	B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	10
22	H00	Hordeolum und Chalazion	10
23	H04	Affektionen des Tränenapparates	8
24	T26	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde	6
25	H50	Sonstiger Strabismus	6
26	T86	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben	5
27	H46	Neuritis nervi optici	4
28	H59	Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	4
29	H05	Affektionen der Orbita	4
30	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4

## B-[2700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapsel fixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	458
2	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	427
3	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	325
4	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	325
5	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	239
6	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	194
7	5-157.0	Andere Operationen an der Choroidea: Subretinale Drainage	181
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	166
9	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	148
10	5-155.0	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Diathermie	129
11	5-158.5	Pars-plana-Vitrektomie: Anfärben von Glaskörper, epiretinalen Membranen oder der Membrana limitans interna mit Triamcinolon oder Farbstofflösungen	127
12	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	123
13	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	117
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	112
15	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	111
16	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölenentfernung	105
17	5-158.43	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölimplantation	103
18	5-142.1	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie, chirurgisch	87
19	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	79
20	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	77
21	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	70
22	5-132.22	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklophotokoagulation: Transskleral	56
23	5-131.61	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den Kammerwinkel	56
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	52
25	5-156.1	Andere Operationen an der Retina: Retinektomie	46
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	43
27	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	43
28	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	41
29	5-158.13	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	38
30	5-093.6	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Reposition einer Lidlamelle	34

**B-[2700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	1096
2	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	478
3	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	427
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	419
5	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	369
6	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	351
7	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	349
8	1-220	Messung des Augeninnendruckes	325
9	5-157	Andere Operationen an der Choroidea	183
10	5-156	Andere Operationen an der Retina	179
11	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	120
12	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	97
13	5-142	Kapsulotomie der Linse	95
14	8-020	Therapeutische Injektion	79
15	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	73
16	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	71
17	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	49
18	5-122	Operationen bei Pterygium	47
19	5-137	Andere Operationen an der Iris	45
20	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	39
21	5-145	Andere Linsenextraktionen	36
22	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	33
23	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	33
24	5-129	Andere Operationen an der Kornea	29
25	5-147	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse	29
26	5-097	Blepharoplastik	27
27	5-115	Naht der Konjunktiva	26
28	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	25
29	5-124	Naht der Kornea	24
30	5-138	Operationen an der Sklera	21

**B-[2700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Augenambulanz
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

## B-[2700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Augenambulanz	VA00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
2	Augenambulanz	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
3	Augenambulanz	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
4	Augenambulanz	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
5	Augenambulanz	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
6	Augenambulanz	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
7	Augenambulanz	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
8	Augenambulanz	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
9	Augenambulanz	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
10	Augenambulanz	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
11	Augenambulanz	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
12	Augenambulanz	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
13	Augenambulanz	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
14	Augenambulanz	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
15	Augenambulanz	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
16	Augenambulanz	VA18 - Laserchirurgie des Auges
17	Augenambulanz	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
18	Augenambulanz	VA15 - Plastische Chirurgie
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
33	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
34	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA18 - Laserchirurgie des Auges
35	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
36	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA15 - Plastische Chirurgie

### B-[2700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	741
2	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	125
3	5-142.2	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser	116
4	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	74
5	5-091.30	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	48
6	5-091.10	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	45
7	5-091.31	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	23
8	5-091.11	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	22
9	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	22
10	5-091.21	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision: Mit Beteiligung der Lidkante	21
11	5-096.6	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Lideröffnung nach Lidrekonstruktion	20
12	5-112.1	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Exzision ohne Plastik	18
13	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	16
14	5-159.00	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana: Elektrolytlösung	15
15	5-144.5b	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	14
16	5-091.20	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision: Ohne Beteiligung der Lidkante	13
17	5-144.5e	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	13
18	5-149.0	Andere Operationen an der Linse: Einführung eines Kapselspannrings	13
19	5-091.01	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision: Mit Beteiligung der Lidkante	12
20	5-093.2	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch horizontale Verkürzung des Augenlides	10
21	5-133.6	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Laseriridotomie	9

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
22	5-093.0	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Thermokoagulation	7
23	5-094.2	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levator-/Aponeurosenresektion	7
24	5-137.4	Andere Operationen an der Iris: Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)	7
25	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	6
26	5-129.4	Andere Operationen an der Kornea: Entfernung einer Hornhautnaht	6
27	5-093.1	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Naht	6
28	5-093.6	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Reposition einer Lidlamelle	5
29	5-146.2b	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer sulcusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	5
30	5-094.1	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levator-/Aponeurosenfaltung	4

### B-[2700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	769
2	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	184
3	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	150
4	5-142	Kapsulotomie der Linse	117
5	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	78
6	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	28
7	5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	22
8	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	21
9	5-097	Blepharoplastik	18
10	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	15
11	5-149	Andere Operationen an der Linse	13
12	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	13
13	5-094	Korrekturoperation bei Blepharoptosis	11
14	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	9
15	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	7
16	5-137	Andere Operationen an der Iris	7
17	5-129	Andere Operationen an der Kornea	6
18	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	4
19	5-113	Konjunktivoplastik	< 4
20	5-123	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea	< 4
21	5-147	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse	< 4
22	5-095	Naht des Augenlides	< 4
23	5-092	Operationen an Kanthus und Epikanthus	< 4
24	5-086	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes	< 4

### B-[2700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Ja

Stationäre BG-Zulassung

Ja

**B-[2700].11 Personelle Ausstattung****B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
<b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b>				
Gesamt		11,82	Fälle je VK/Person	255,416183
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,05	Stationär	8,77
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		5,54	Fälle je VK/Person	545,012146
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,43	Stationär	4,11

**B-[2700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ04 - Augenheilkunde

**B-[2700].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		22,85	Fälle je VK/Person	104,91803
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	21,35
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,18	Fälle je VK/Person	1898,30518
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,18
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		0,11	Fälle je VK/Person	20363,6367
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,11
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,88	Fälle je VK/Person	1191,48938
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,88
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				

<b>Gesamt</b>		0,68	<b>Fälle je VK/Person</b>	3294,11768
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,68	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,68

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>		9,39	<b>Fälle je VK/Person</b>	268,263458
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	9,39	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	1,04	<b>Stationär</b>	8,35

**B-[2700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

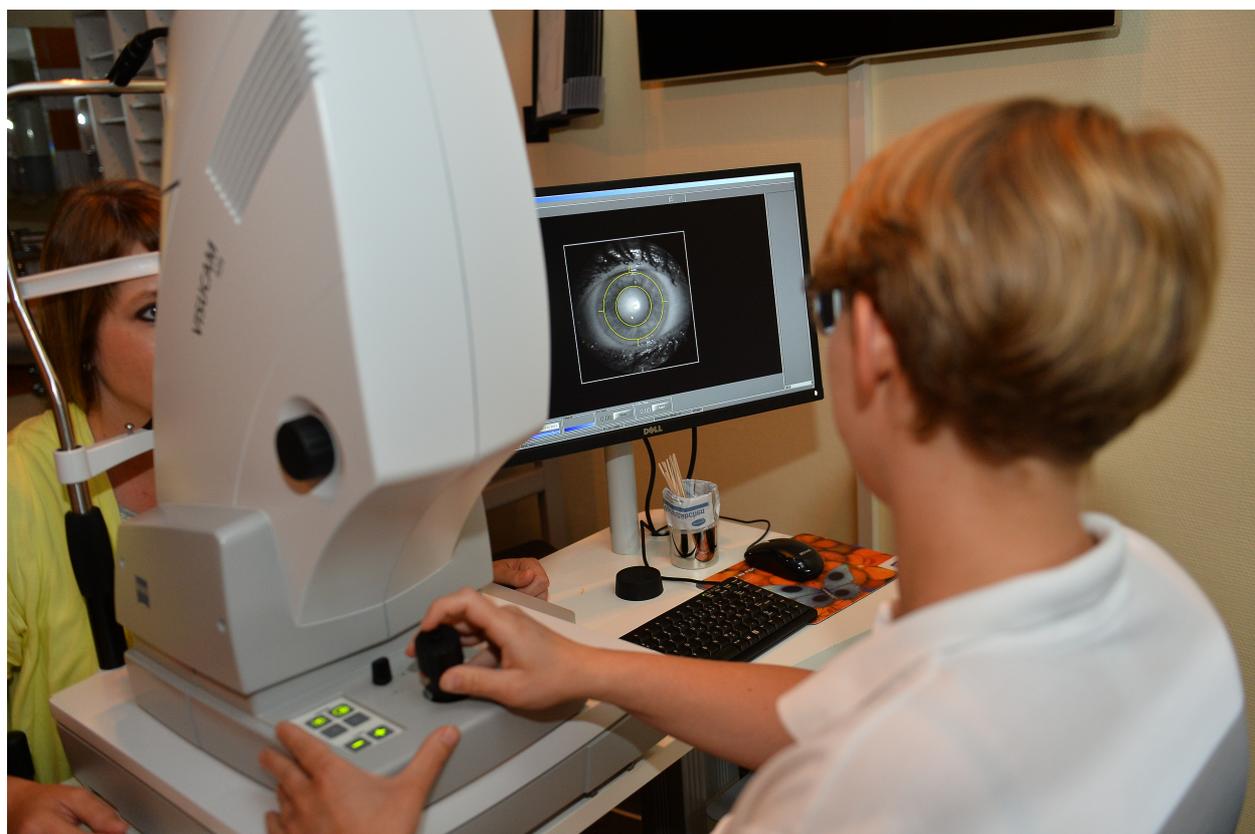
**# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss**

- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 4 PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
- 5 PQ12 - Notfallpflege
- 6 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 7 PQ18 - Pflege in der Endoskopie
- 8 PQ20 - Praxisanleitung

**B-[2700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

**# Zusatzqualifikation**

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP08 - Kinästhetik
- 3 ZP14 - Schmerzmanagement
- 4 ZP20 - Palliative Care



**B-[2800] Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit****B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit

**B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

**B-[2800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt (bis März 2022)
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Armin Grau
Telefon	0621 503 4200
Fax	0621 503 4202
E-Mail	neurologie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html</a>

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt (seit März 2022)
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Simon Nagel
Telefon	0621 503 4200
Fax	0621 503 4202
E-Mail	neurologie@klilu.de
Strasse	Bremserstraße
Hausnummer	79

PLZ	67067
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klii.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html">https://www.klii.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html</a> <a href="https://www.klii.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereich_e/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html">https://www.klii.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereich_e/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html</a>

### B-[2800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

### B-[2800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
2	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
3	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
4	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
5	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
6	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
7	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
8	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
9	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
10	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
11	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
12	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
13	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
14	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
15	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
16	VN00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie seltener Stoffwechselleiden VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)
17	<i>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</i>
	VN20 - Spezialsprechstunde
18	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Ambulanz Multiple Sklerose, Botulinumtoxin-Ambulanz, Neurophysiologische Ambulanz, Gefäßambulanz Neurologie, Parkinson-Ambulanz</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
19	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
	VN24 - Stroke Unit
20	<i>Die überregionale Stroke Unit ist nach den Kriterien der Schlaganfallgesellschaft und der Deutschen Schlaganfallhilfe durch die InterCertAG zertifiziert (Zertifikat gültig bis 23.08.2025). Sie ist das spezialisierte (Schlaganfall-)Zentrum zur Schlaganfallversorgung in der Vorderpfalz.</i>
21	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

**B-[2800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	2695
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	430
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	212
3	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	136
4	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	115
5	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	89
6	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	62
7	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	61
8	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	61
9	R20.1	Hypästhesie der Haut	40
10	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	39
11	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	34
12	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	33
13	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	33
14	R51	Kopfschmerz	33
15	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	30
16	G61.8	Sonstige Polyneuritiden	27
17	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	27
18	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	27
19	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	25
20	R42	Schwindel und Taumel	24
21	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	22
22	G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]	21
23	E86	Volumenmangel	19
24	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	19
25	G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	17
26	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	17
27	H81.2	Neuropathia vestibularis	17
28	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	17
29	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	16
30	G44.2	Spannungskopfschmerz	16

**B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	730
2	G40	Epilepsie	286
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	285
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	140
5	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	62
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	61
7	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	60
8	I61	Intrazerebrale Blutung	52
9	G61	Polyneuritis	43
10	G62	Sonstige Polyneuropathien	38
11	R51	Kopfschmerz	33
12	G43	Migräne	31
13	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	30
14	S06	Intrakranielle Verletzung	30
15	F45	Somatoforme Störungen	29
16	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	25
17	R42	Schwindel und Taumel	24
18	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	22
19	G91	Hydrozephalus	20
20	E86	Volumenmangel	19
21	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	19
22	G41	Status epilepticus	19
23	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	17
24	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	15
25	H49	Strabismus paralyticus	15
26	H46	Neuritis nervi optici	14
27	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	14
28	H34	Netzhautgefäßverschluss	13
29	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	12
30	G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	12

**B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen**

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	730
2	G40	Epilepsie	286
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	285
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	140
5	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	62
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	61
7	I61	Intrazerebrale Blutung	52
8	G61	Polyneuritis	43
9	R51	Kopfschmerz	33
10	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	25
11	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	14
12	G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	12

## B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2049
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1284
3	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1075
4	1-205	Elektromyographie [EMG]	814
5	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	447
6	8-981.32	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden	306
7	1-206	Neurographie	300
8	8-981.33	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	275
9	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	271
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	262
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	252
12	8-981.30	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	244
13	8-981.31	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	192
14	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	180
15	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	141
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	135
17	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	112
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	101
19	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	66
20	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	53
21	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	40
22	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	39
23	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	34
24	1-902.0	Testpsychologische Diagnostik: Einfach	34
25	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	32
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	29
27	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	28
28	1-204.1	Untersuchung des Liquorsystems: Messung des lumbalen Liquordruckes	25
29	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	22
30	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	20

## B-[2800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2049
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1284
3	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1082
4	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1017

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	836
6	1-205	Elektromyographie [EMG]	814
7	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	474
8	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	418
9	1-206	Neurographie	300
10	8-547	Andere Immuntherapie	182
11	8-020	Therapeutische Injektion	180
12	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	53
13	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	49
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	47
15	1-902	Testpsychologische Diagnostik	41
16	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	40
17	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	39
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	36
19	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	33
20	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	25
21	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	22
22	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	21
23	8-701	Einfache endotracheale Intubation	18
24	6-00c	Applikation von Medikamenten, Liste 12	10
25	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	9
26	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	8
27	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	7
28	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	7
29	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	7
30	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	7

### B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1571
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1082
3	8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	1017
4	1-205	Elektromyographie [EMG]	814
5	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	447
6	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	395
7	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	180
8	8-547.3	Andere Immuntherapie: Immunsuppression	169
9	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop (FEES)	53
10	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	22

**B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes Ambulanz für Multiple Sklerose
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Botulinumtoxin-Ambulanz <i>Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen: Ambulante Behandlung extrapyramidaler Erkrankungen mit Botulinus-Toxin unter EMG-Kontrolle.</i>
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Neurophysiologische Ambulanz <i>Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen</i>
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gefäßambulanz Neurologie <i>Überweisung durch Neurologen erforderlich.</i>
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Parkinson-Ambulanz <i>Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.</i>
7	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

**B-[2800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“): Behandlung symptomatischer Beschwerden
2	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“): Indikationsprüfung einer immunmodulatorischen Therapie
3	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“): Differentialdiagnostische Abklärung einer Multiplen Sklerose
4	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“): Therapieeinleitung und Überwachung
5	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
6	Botulinumtoxin-Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“): Behandlung von Hemispasmus, Blepharospasmus, fokalen Dystonien und Spastik der Extremitäten
7	Botulinumtoxin-Ambulanz	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
8	Gefäßambulanz Neurologie	VN00 - („Sonstiges“): Indikationsstellung zur Intervention neurovaskulärer Befunde

#	Ambulanz	Leistung
9	Gefäßambulanz Neurologie	VN00 - („Sonstiges“): Verlaufskontrolle komplizierter, komplexer neurovaskulärer Befunde
10	Gefäßambulanz Neurologie	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
11	Gefäßambulanz Neurologie	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
12	Neurophysiologische Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“): Differentialdiagnostische Abgrenzung zu funktionellen Störungen
13	Neurophysiologische Ambulanz	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
14	Neurophysiologische Ambulanz	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
15	Parkinson-Ambulanz	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik, Differentialdiagnose und Therapieempfehlungen bei M. Parkinson, anderen Parkinson-Syndromen und anderen Bewegungsstörungen (Dystonien, Chorea, Ballismus u.a.)
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
33	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN23 - Schmerztherapie
34	Zentrale Notaufnahme	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
35	Zentrale Notaufnahme	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
36	Zentrale Notaufnahme	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

**B-[2800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[2800].11 Personelle Ausstattung****B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	23,96	Fälle je VK/Person	136,802032	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	23,96	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	4,26	<b>Stationär</b>	19,7
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt	8,25	Fälle je VK/Person	397,4926	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,25	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,47	<b>Stationär</b>	6,78

**B-[2800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung****# Facharztbezeichnungen**

1 AQ42 - Neurologie

**B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung****# Zusatz-Weiterbildung**

1 ZF09 - Geriatrie

2 ZF15 - Intensivmedizin

3 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

**B-[2800].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt	49,75	Fälle je VK/Person	55,58993	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	49,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,27	<b>Stationär</b>	48,48

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt	1,51	Fälle je VK/Person	1784,76819	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,51	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,51

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>		3,9	<b>Fälle je VK/Person</b>	691,025635
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	3,9	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,9

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		0,13	<b>Fälle je VK/Person</b>	20730,77
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,13	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,13

#### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		3,39	<b>Fälle je VK/Person</b>	794,9852
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	3,39	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,39

In der Neurologischen Klinik sind zusätzlich folgende Berufsgruppen vertreten:

Logopädie: 2,91 VK

Neuropsychologie auf Honorarbasis: 0,6 VK

### B-[2800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ01 - Bachelor
- 2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 3 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 4 PQ12 - Notfallpflege
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ20 - Praxisanleitung
- 7 PQ22 - Intermediate Care Pflege

### B-[2800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#### # Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP03 - Diabetes
- 4 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 5 ZP08 - Kinästhetik
- 6 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 7 ZP14 - Schmerzmanagement
- 8 ZP16 - Wundmanagement
- 9 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 10ZP23 - Breast Care Nurse
- 11ZP24 - Deeskalationstraining
- 12ZP29 - Stroke Unit Care

**B-[3300] Klinik für Strahlentherapie****B-[3300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Strahlentherapie

**B-[3300].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3200 - Nuklearmedizin
2	3300 - Strahlenheilkunde

**B-[3300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Matthias Uhl
Telefon	0621 503 3800
Fax	0621 503 3838
E-Mail	strahlen@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fa_chbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fa_chbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/index_ger.html</a>

**B-[3300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[3300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie
2	VR31 - Orthovoltstrahlentherapie
3	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
4	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
5	VR34 - Radioaktive Moulagen
6	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
7	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
8	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
9	<i>Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>
	VR18 - Szintigraphie
10	<i>Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>
	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden
11	<i>Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>
	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
12	<i>Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>
	VR39 - Radiojodtherapie
13	<i>Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>

**B-[3300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	540
Teilstationäre Fallzahl	1

**B-[3300].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	84
2	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	52
3	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	46
4	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	36
5	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	21
6	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	19
7	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	18
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	17
9	C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris	15
10	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	15
11	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	13
12	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	13
13	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	11
14	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	10

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
15	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	10
16	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	9
17	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	7
18	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	7
19	C13.1	Bösartige Neubildung: Aryepiglottische Falte, hypopharyngeale Seite	7
20	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	7
21	C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet	6
22	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	6
23	C11.0	Bösartige Neubildung: Obere Wand des Nasopharynx	6
24	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	6
25	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	6
26	C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial	6
27	C10.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Oropharynx	6
28	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	6
29	C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis	5
30	C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	5

### B-[3300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	97
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	84
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	77
4	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	32
5	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	21
6	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	20
7	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	18
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	17
9	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	17
10	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	17
11	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	16
12	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	16
13	E04	Sonstige nichttoxische Struma	11
14	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	9
15	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	8
16	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	7
17	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	7
18	C11	Bösartige Neubildung des Nasopharynx	7
19	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	7
20	C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	7
21	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	7
22	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	6
23	C16	Bösartige Neubildung des Magens	6
24	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	4
25	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	4
26	C12	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis	< 4
27	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	< 4
28	C38	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura	< 4
29	C08	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen	< 4
30	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	< 4

## B-[3300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	2374
2	8-52e	Eine oder mehrere simultan-integrierte Boost-Bestrahlungen [SIB]	413
3	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	352
4	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	178
5	8-531.00	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	85
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	44
7	8-531.10	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	44
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	40
9	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	40
10	8-531.11	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	36
11	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	31
12	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	26
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	25
14	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	25
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	24
16	8-531.01	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	19
17	8-543.42	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	17
18	8-520.0	Oberflächenstrahlentherapie: Bis zu 2 Bestrahlungsfelder	15
19	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	14
20	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	14
21	8-522.b0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	13
22	8-543.51	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	12
23	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	7
24	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	6
25	8-531.21	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie mit 5 oder mehr GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	6
26	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	6
27	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	5
28	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	5
29	8-522.60	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	5
30	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	4

**B-[3300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	2756
2	8-52e	Eine oder mehrere simultan-integrierte Boost-Bestrahlungen [SIB]	413
3	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	204
4	8-531	Radiojodtherapie	190
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	128
6	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	49
7	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	41
8	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	33
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	28
10	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	25
11	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	18
12	8-520	Oberflächenstrahlentherapie	15
13	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	7
14	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	7
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	5
16	8-547	Andere Immuntherapie	5
17	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	5
18	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	4
19	8-52d	Intraoperative Strahlentherapie mit Röntgenstrahlung	4
20	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	< 4
21	9-500	Patientenschulung	< 4
22	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
23	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
24	1-494	(Perkutane) Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
25	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
26	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
27	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	< 4
28	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	< 4
29	5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	< 4
30	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	< 4

**B-[3300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes Fachbereich Strahlentherapie
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Ambulante Strahlentherapie</i>
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Mitglied im Kernteam</i>

**B-[3300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Fachbereich Strahlentherapie	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
2	Fachbereich Strahlentherapie	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
3	Fachbereich Strahlentherapie	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
4	Fachbereich Strahlentherapie	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
5	Fachbereich Strahlentherapie	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie

**B-[3300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Allgemein Chirurgie
- Viszeralchirurgie
- Nuklearmedizin
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**B-[3300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[3300].11 Personelle Ausstattung**

**B-[3300].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten		40
<b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b>		
Gesamt	5,17	Fälle je VK/Person 200
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,17	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant 2,47	Stationär 2,7
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>		
Gesamt	2,78	Fälle je VK/Person 372,4138

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,33	Stationär	1,45

### B-[3300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#### # Facharztbezeichnungen

- 1 AQ58 - Strahlentherapie
- 2 AQ23 - Innere Medizin
- 3 AQ44 - Nuklearmedizin

### B-[3300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#### # Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF30 - Palliativmedizin

### B-[3300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	12,35	Fälle je VK/Person	43,7247	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,35

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,23	Fälle je VK/Person	439,024384	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,23

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	2,13	Fälle je VK/Person	253,5211	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,13

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	1,29	Fälle je VK/Person	435,483856	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	1,24

#### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	2,86	Fälle je VK/Person	1862,069	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,57	Stationär	0,29

### B-[3300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ01 - Bachelor
- 2 PQ02 - Diplom
- 3 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 4 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 5 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 6 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 7 PQ20 - Praxisanleitung

### B-[3300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#### # Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP08 - Kinästhetik
- 3 ZP14 - Schmerzmanagement
- 4 ZP16 - Wundmanagement
- 5 ZP20 - Palliative Care



**B-[3400] Hautklinik****B-[3400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Hautklinik

**B-[3400].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3400 - Dermatologie

**B-[3400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Edgar Dippel
Telefon	0621 503 3351
Fax	0621 503 3366
E-Mail	hautklinik@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hautklinik/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hautklinik/index_ger.html</a>

**B-[3400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[3400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
2	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
3	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
4	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
5	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
6	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
7	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
8	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
9	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
10	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
11	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
12	VD12 - Dermatochirurgie
13	VD15 - Dermatohistologie
14	VD16 - Dermatologische Lichttherapie
15	VD17 - Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
16	VD18 - Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
17	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
18	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
19	VD20 - Wundheilungsstörungen
20	VD00 - („Sonstiges“): Operationen von Lidtumoren
21	VD00 - („Sonstiges“): Konservative und operative Therapie des Ulcus cruris
22	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie der männlichen Genitalorgane
23	VD13 - Ästhetische Dermatologie
24	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen VD11 - Spezialsprechstunde
25	<i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Kindersprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Nagelsprechstunde, Onkosprechstunde</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
26	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
	VD00 - („Sonstiges“): Hauttumorzentrum
27	<i>Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2023).</i>

**B-[3400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	2304
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[3400].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	753
2	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	155
3	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	97
4	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	90
5	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	76

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
6	B02.9	Zoster ohne Komplikation	59
7	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	58
8	L40.0	Psoriasis vulgaris	57
9	A46	Erysipel [Wundrose]	57
10	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	48
11	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	47
12	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	41
13	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	36
14	B86	Skabies	34
15	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	34
16	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	26
17	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	25
18	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	23
19	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	23
20	L28.2	Sonstige Prurigo	21
21	C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	20
22	C84.0	Mycosis fungoides	20
23	L20.8	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem	19
24	L12.0	Bullöses Pemphigoid	19
25	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	17
26	C43.4	Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses	17
27	C00.1	Bösartige Neubildung: Äußere Unterlippe	14
28	C43.2	Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges	13
29	L30.1	Dyshidrosis [Pompholyx]	12
30	L73.2	Hidradenitis suppurativa	12

### B-[3400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1178
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	300
3	L40	Psoriasis	71
4	B02	Zoster [Herpes zoster]	67
5	D03	Melanoma in situ	67
6	A46	Erysipel [Wundrose]	57
7	L30	Sonstige Dermatitis	52
8	D04	Carcinoma in situ der Haut	48
9	B86	Skabies	34
10	D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	27
11	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	26
12	I83	Varizen der unteren Extremitäten	25
13	C84	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	24
14	L28	Lichen simplex chronicus und Prurigo	24
15	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	21
16	L12	Pemphigoidkrankheiten	20
17	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	19
18	C00	Bösartige Neubildung der Lippe	17
19	D22	Melanozytennävus	16
20	L73	Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	12
21	L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	11

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	8
23	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	8
24	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	8
25	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	7
26	L95	Anderenorts nicht klassifizierte Vaskulitis, die auf die Haut begrenzt ist	7
27	L43	Lichen ruber planus	7
28	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	7
29	L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	5
30	L92	Granulomatöse Krankheiten der Haut und der Unterhaut	5

### B-[3400].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1178
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	300
3	L40	Psoriasis	71
4	D03	Melanoma in situ	67
5	A46	Erysipel [Wundrose]	57
6	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	26

### B-[3400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	1280
2	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	868
3	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	544
4	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	450
5	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	376
6	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	310
7	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	300
8	5-919.0	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung: 3-5 Tumoren	265
9	5-913.b4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Sonstige Teile Kopf	253
10	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	250
11	8-191.40	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Überknüpfpolsterverband, großflächig: Ohne Immobilisation durch Gipsverband	250
12	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	249
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	167
14	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	154

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
15	5-895.1a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	146
16	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	128
17	5-916.7a	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	127
18	5-913.24	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	121
19	5-913.54	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	121
20	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	116
21	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	115
22	5-913.ba	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Brustwand und Rücken	101
23	8-560.3	Lichttherapie: Lichttherapie UVA 1	95
24	5-895.1f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	91
25	1-490.4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Rumpf	90
26	5-895.5a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	82
27	5-895.54	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	81
28	5-916.7f	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	77
29	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	70
30	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	64

### B-[3400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	2171
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1809
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1356
4	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	1093
5	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	834
6	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	444
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	441
8	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	441
9	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	439
10	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	282
11	5-919	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung	272
12	1-490	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut	256
13	5-915	Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	254
14	8-560	Lichttherapie	200
15	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	125
16	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	115
17	8-547	Andere Immuntherapie	101
18	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	79

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
19	1-415	Biopsie ohne Inzision an der Gesichtshaut	57
20	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	52
21	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	45
22	1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung	24
23	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	22
24	5-905	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle	22
25	8-190	Spezielle Verbandstechniken	22
26	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	21
27	5-389	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen	20
28	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	19
29	5-909	Anderer Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	19
30	5-096	Anderer Rekonstruktion der Augenlider	18

### B-[3400].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1809
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1356
3	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	444
4	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	441
5	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	125
6	1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung	24

### B-[3400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes Hautambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich</i>
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen <i>Mitglied im Kernteam</i>

**B-[3400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Hautambulanz Privatärztliche	VD00 - („Sonstiges“): Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Kindersprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Nagelsprechstunde, Onkosprechstunde
2	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD13 - Ästhetische Dermatologie
3	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
4	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
5	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
6	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
7	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
8	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
9	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
10	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
11	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
12	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
13	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

**B-[3400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

Folgende Fachbereiche sind an der ASV Rheumatologische Erkrankungen im Kernteam beteiligt:

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Haut- und Geschlechtskrankheit

**B-[3400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-903.19	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Hand	8
2	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	8
3	5-903.6a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Brustwand und Rücken	4
4	5-903.66	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Schulter und Axilla	4
5	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	< 4
6	5-273.4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Wange	< 4
7	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
8	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	< 4
9	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	< 4
10	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
11	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	< 4
12	5-902.29	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Hand	< 4
13	5-909.1g	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Fuß	< 4
14	5-903.6e	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Oberschenkel und Knie	< 4

**B-[3400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	25
2	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	6
3	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 4
4	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
5	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
6	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
7	5-909	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	< 4

**B-[3400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[3400].11 Personelle Ausstattung**

**B-[3400].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	13,56	Fälle je VK/Person	207,194244	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,56	Ohne	0

<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	2,44	<b>Stationär</b>	11,12
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
<b>Gesamt</b>		5,31	<b>Fälle je VK/Person</b>	529,655151
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	5,31	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0,96	<b>Stationär</b>	4,35

**B-[3400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
	AQ20 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
1	Volle Weiterbildungsbefugnis (60 Monate)

**B-[3400].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
	ZF03 - Allergologie
1	Volle Weiterbildungsbefugnis (18 Monate)
2	ZF06 - Dermatohistologie
	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
3	Volle Weiterbildungsbefugnis (12 Monate)
	ZF31 - Phlebologie
4	Weiterbildung (6 Monate)

**B-[3400].11.2 Pflegepersonal**

<b>Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten</b>	38,5
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>	

<b>Gesamt</b>	21,06	<b>Fälle je VK/Person</b>	112,2807	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	21,06	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0,54	<b>Stationär</b>	20,52

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	0,18	<b>Fälle je VK/Person</b>	12799,999	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,18	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,18

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	1,07	<b>Fälle je VK/Person</b>	2153,271	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	1,07	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,07

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>		0,61	<b>Fälle je VK/Person</b>	3777,049
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,61	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,61
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
<b>Gesamt</b>		9,51	<b>Fälle je VK/Person</b>	306,790955
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	9,51	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	2	<b>Stationär</b>	7,51

### B-[3400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ01 - Bachelor
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 4 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ20 - Praxisanleitung

### B-[3400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#### # Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP08 - Kinästhetik
- 3 ZP14 - Schmerzmanagement
- 4 ZP16 - Wundmanagement



**B-[3500] Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie****B-[3500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische  
Gesichtschirurgie**B-[3500].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3500 - Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie

**B-[3500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Robert Andreas Mischkowski
Telefon	0621 503 3701
Fax	0621 503 3709
E-Mail	mkpg@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/mund_kiefer_und_plastische_gesichtschirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/mund_kiefer_und_plastische_gesichtschirurgie/index_ger.html</a>

**B-[3500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[3500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
2	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
3	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
4	<i>Chirurgie (computerunterstützt), Patientenspezifische Implantate</i>
5	VZ17 - Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
6	VZ20 - Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
7	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
8	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
9	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
10	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
11	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
12	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
13	VZ03 - Dentale Implantologie
14	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
15	VZ19 - Laserchirurgie VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
16	<i>Interdisziplinäre Korrektur von Schädelnahtsynostosen</i>
	VZ12 - Epithetik
17	<i>Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunden
18	<i>In der Ambulanz werden folgende Spezialsprechstunden angeboten: Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Tumornachsorge, Dysgnathiesprechstunde, Sprechstunde für Fehlbildungen inklusive Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, Implantatsprechstunde, Sprechstunde für plastisch-rekonstruktive Chirurgie.</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
19	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Kopf-Hals-Tumorzentrum
20	<i>Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).</i>

**B-[3500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	1126
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[3500].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	102
2	K10.28	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer	62
3	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	57
4	K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	54
5	S02.2	Nasenbeinfraktur	47
6	K05.3	Chronische Parodontitis	41

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	S06.0	Gehirnerschütterung	39
8	K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	38
9	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	37
10	K04.7	Periapikaler Abszess ohne Fistel	34
11	S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae	33
12	K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	26
13	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	26
14	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	25
15	K08.2	Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes	16
16	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	16
17	S01.51	Offene Wunde: Lippe	16
18	K02.1	Karies des Dentins	15
19	K12.23	Wangenabszess	14
20	C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet	14
21	K07.3	Zahnstellungsanomalien	13
22	K09.0	Entwicklungsbedingte odontogene Zysten	13
23	C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch	13
24	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	12
25	S02.5	Zahnfraktur	11
26	S02.60	Unterkieferfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	10
27	S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile	10
28	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	10
29	K12.20	Mund- (Boden-) Phlegmone	9
30	D16.5	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	8

### B-[3500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	292
2	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	143
3	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	104
4	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	68
5	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	56
6	S01	Offene Wunde des Kopfes	44
7	K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	43
8	S06	Intrakranielle Verletzung	42
9	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	27
10	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	22
11	J32	Chronische Sinusitis	20
12	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	19
13	K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	17
14	K02	Zahnkaries	15
15	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	13
16	D16	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels	11
17	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	10
18	C00	Bösartige Neubildung der Lippe	9
19	S03	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Kopfes	8
20	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	7
21	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	7
22	K13	Sonstige Krankheiten der Lippe und der Mundschleimhaut	7
23	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	A46	Erysipel [Wundrose]	5
25	C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	5
26	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	5
27	C05	Bösartige Neubildung des Gaumens	5
28	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	5
29	L91	Hypertrophe Hautkrankheiten	4
30	M95	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	4

### B-[3500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	144
2	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	122
3	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	112
4	5-769.2	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	108
5	5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	100
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	78
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	72
8	5-230.1	Zahnextraktion: Mehrwurzeliger Zahn	68
9	5-766.3	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, von außen	67
10	5-760.23	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	65
11	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	63
12	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	59
13	5-273.1	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Inzision und Drainage, vestibulär subperiostal	59
14	8-925.00	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit Stimulationselektroden	55
15	5-770.7	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	54
16	5-778.1	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht: Naht (nach Verletzung), mehrschichtig	51
17	5-270.6	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär, kieferwinkelnah	50
18	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	49
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	46
20	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	42
21	5-230.0	Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn	40
22	5-908.0	Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel: Naht (nach Verletzung)	40
23	5-230.5	Zahnextraktion: Sämtliche Zähne	39
24	5-270.5	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär	39
25	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	38
26	5-230.2	Zahnextraktion: Mehrere Zähne eines Quadranten	36
27	5-249.2	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen: Operative Fixation eines kieferorthopädischen Gerätes	35
28	5-221.7	Operationen an der Kieferhöhle: Osteoplastische Operation, transoral	35
29	5-403.02	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 3 Regionen	34

30 5-984 Mikrochirurgische Technik

34

**B-[3500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-230	Zahnextraktion	333
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	265
3	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	236
4	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	139
5	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	134
6	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	125
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	119
8	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	110
9	5-270	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	108
10	5-241	Gingivoplastik	108
11	5-766	Reposition einer Orbitafraktur	86
12	5-760	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur	82
13	5-778	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht	78
14	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	70
15	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	65
16	5-765	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae	63
17	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	61
18	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	59
19	5-764	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae	59
20	5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	59
21	5-908	Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel	57
22	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	52
23	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	50
24	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	49
25	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	48
26	5-249	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen	43
27	5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	42
28	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	41
29	5-772	Partielle und totale Resektion der Mandibula	35
30	5-984	Mikrochirurgische Technik	34

**B-[3500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

**B-[3500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	MKPG-Ambulanz Privatärztliche	VX00 - („Sonstiges“): Sprechstunden zu: Tumore/ Schleimhautveränderungen, Dysgnathie/ Kiefergelenkerkrankungen, Lippen-Kiefer- Gaumenspalten/Fehlbildungen, Implantologie/Knochenaufbauverfahren, Ästhetische Gesichtschirurgie
2	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
3	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ03 - Dentale Implantologie
4	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
5	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
6	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
7	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
8	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
9	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
10	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
11	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ11 - Endodontie
12	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ12 - Epithetik
13	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
14	Ambulanz des Chefarztes Privatärztliche	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
15	Ambulanz des Chefarztes	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

**B-[3500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-231.23	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagertes (impaktierter) Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	20
2	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	11
3	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	9

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
4	5-225.4	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer alveoloantralen Fistel	9
5	5-231.13	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagertes Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	8
6	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	7
7	5-231.20	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagertes (impakterter) Zahn: Ein Zahn	6
8	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	4
9	5-903.a4	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	4
10	5-241.0	Gingivoplastik: Lappenoperation	4
11	5-245.1	Zahnfreilegung: Mit Osteotomie	4
12	5-903.15	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Hals	< 4
13	5-235.0	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes: Replantation (in die ursprüngliche Alveole)	< 4
14	5-903.1a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	< 4
15	5-231.22	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagertes (impakterter) Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	< 4
16	5-903.aa	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	< 4
17	5-231.10	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagertes Zahn: Ein Zahn	< 4
18	5-231.12	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagertes Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	< 4
19	5-231.50	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relicta: Ein Zahn	< 4
20	5-903.66	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Schulter und Axilla	< 4
21	5-903.ab	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Bauchregion	< 4
22	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
23	5-903.36	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Schulter und Axilla	< 4
24	5-903.94	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
25	5-769.6	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Entfernung intermaxillärer Fixationsgeräte	< 4
26	5-903.1b	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Bauchregion	< 4
27	5-769.5	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Entfernung von Schienenverbänden der Mandibula	< 4
28	5-769.4	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Entfernung von Schienenverbänden der Maxilla	< 4
29	5-231.52	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relicta: Mehrere Zähne eines Kiefers	< 4
30	5-097.0	Blepharoplastik: Hebung der Augenbraue	< 4

### B-[3500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	47

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	34
3	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	9
4	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	9
5	5-245	Zahnfreilegung	4
6	5-241	Gingivoplastik	4
7	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	< 4
8	5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	< 4
9	5-097	Blepharoplastik	< 4
10	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
11	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	< 4
12	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
13	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4

**B-[3500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[3500].11 Personelle Ausstattung**

**B-[3500].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	10,39	Fälle je VK/Person	127,954536
Beschäftigungsverhältnis	Mit 10,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,59	Stationär	8,8

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Gesamt	5,72	Fälle je VK/Person	232,164948
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,87	Stationär	4,85

**B-[3500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
2	AQ74 - Allgemeine Zahnheilkunde
3	AQ66 - Oralchirurgie

**B-[3500].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen

**B-[3500].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		11,86	<b>Fälle je VK/Person</b>	113,052208
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	11,86	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	1,9	<b>Stationär</b>	9,96

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		0,11	<b>Fälle je VK/Person</b>	10236,3633
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,11	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,11

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		0,12	<b>Fälle je VK/Person</b>	9383,334
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,12	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,12

### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		0,16	<b>Fälle je VK/Person</b>	7037,5
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,16	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,16

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

<b>Gesamt</b>		0,62	<b>Fälle je VK/Person</b>	1816,129
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,62	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,62

## B-[3500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 4 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 5 PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
- 6 PQ12 - Notfallpflege
- 7 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 8 PQ18 - Pflege in der Endoskopie
- 9 PQ20 - Praxisanleitung

## B-[3500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

### # Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement
- 5 ZP20 - Palliative Care

**B-[3600] Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin****B-[3600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin

**B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

**B-[3600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Wolfgang Zink
Telefon	0621 503 3001
Fax	0621 503 3024
E-Mail	anaesthesie@klllu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klllu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_operative_intensivmedizin_notfallmedizin/index_ger.html">https://www.klllu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_operative_intensivmedizin_notfallmedizin/index_ger.html</a>

**B-[3600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[3600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VX00 - („Sonstiges“): Klinische Anästhesiologie, Schmerztherapie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin</p> <p><i>Die Klinik ist verantwortlich für die Durchführung von über 19.000 Anästhesieleistungen pro Jahr bei operativen und diagnostischen Eingriffen, die Betreuung schwerstkranker Patienten auf der operativen Intensivstation sowie für die Therapie akuter und chronischer Schmerzzustände.</i></p>
2	<p>VX00 - („Sonstiges“): Operative Intensivmedizin</p> <p><i>Auf der operativen Intensivstation werden jährlich ca. 1.400 Patienten aller Altersstufen betreut (vorwiegend postoperative Patienten).</i></p>
3	<p>VI40 - Schmerztherapie</p> <p><i>Individuelle medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapiekonzepte, Schmerzpumpen (PCA), Periduralkatheter (PDK, PDA) mit Pumpen, interdisziplinäre Betreuung von Tumorpatienten, Akupunktur, TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation), periphere Nervenblockaden</i></p>
4	<p>VX00 - („Sonstiges“): Akut-Schmerzdienst</p> <p><i>Die Versorgung der Schmerzpatienten erfolgt 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche. Es stehen alle modernen Methoden zur Therapie von Schmerzen zur Verfügung.</i></p>
5	<p>VI27 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Prämedikationsambulanz</i></p>
6	<p>VC71 - Notfallmedizin</p> <p><i>Eine Verfügbarkeit des Notfallteams auf der Operativen Intensivstation ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Klinik stellt 2/3 der Notärzte des Klinikums Ludwigshafen. Die Leitung des Notarztstandorts im Klinikum obliegt einem Anästhesisten.</i></p>
7	<p>VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)</p> <p><i>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</i></p>

**B-[3600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	144
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Patienten werden i.d.R. von der Intensivstation in andere Fachabteilungen verlegt. Die genannte Fallzahl entspricht den Patienten, welche direkt von der Operativen Intensivstation entlassen worden sind.

**B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	9
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	7
3	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	4
4	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	4
5	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	4
6	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	< 4
8	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
9	A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	< 4
10	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
11	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	< 4
12	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	< 4
13	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	< 4
14	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
15	M72.68	Nekrotisierende Fasziitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
16	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	< 4
17	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	< 4
18	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
19	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
20	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	< 4
21	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	< 4
22	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
23	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
24	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	< 4
25	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	< 4
26	K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	< 4
27	A41.4	Sepsis durch Anaerobier	< 4
28	K56.2	Volvulus	< 4
29	K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess	< 4
30	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4

### B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	9
2	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	9
3	A41	Sonstige Sepsis	9
4	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	8
5	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	8
6	I63	Hirnfarkt	6
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	6
8	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	4
9	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	4
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	4
11	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
12	K57	Divertikulose des Darmes	< 4
13	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	< 4
14	I50	Herzinsuffizienz	< 4
15	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
16	I33	Akute und subakute Endokarditis	< 4
17	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4
18	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	< 4
19	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
20	E04	Sonstige nichttoxische Struma	< 4
21	C17	Bösartige Neubildung des Dünndarmes	< 4
22	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	< 4
23	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	< 4
24	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	M72	Fibromatosen	< 4
26	K35	Akute Appendizitis	< 4
27	G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	< 4
28	C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4
29	I60	Subarachnoidalblutung	< 4
30	G40	Epilepsie	< 4

### B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	228
2	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	215
3	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	207
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	207
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	155
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	154
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	116
8	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	96
9	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	91
10	8-901	Inhalationsanästhesie	86
11	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	68
12	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	64
13	8-900	Intravenöse Anästhesie	61
14	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	52
15	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	47
16	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	44
17	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	38
18	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	32
19	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	32
20	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	31
21	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	27
22	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	26
23	5-312.0	Permanente Tracheostomie: Tracheotomie	25
24	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	24
25	8-144.1	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	20
26	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	20

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	5-916.a6	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Endoösophageal	18
28	5-983	Reoperation	18
29	8-98g.00	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	18
30	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	18

### B-[3600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	374
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	355
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	247
4	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	245
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	207
6	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	160
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	154
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	116
9	8-901	Inhalationsanästhesie	86
10	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	84
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	79
12	5-916	Temporäre Weichteildeckung	76
13	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	64
14	8-900	Intravenöse Anästhesie	61
15	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	56
16	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	47
17	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	46
18	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	44
19	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	42
20	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	34
21	5-312	Permanente Tracheostomie	31
22	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	31
23	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	25
24	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	24
25	8-190	Spezielle Verbandstechniken	24
26	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	24
27	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	19
28	5-983	Reoperation	18
29	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	17
30	5-311	Temporäre Tracheostomie	14

### B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz AM11 - Vor- und	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Prämedikationsambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
		Notfallmedizin
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Die Verfügbarkeit der Notfallambulanz auf der Operativen Intensivstation ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Klinik stellt 2/3 der Notärzte des Klinikums. Die Leitung des Notarztstandorts im Klinikum obliegt einem Anästhesisten.

### B-[3600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Prämedikationsambulanz	VX00 - („Sonstiges“): Narkosevorbereitung (Anamnese, Aufklärung, Wahl des Narkoseverfahrens)
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Narkosevorbereitung (Anamnese, Aufklärung, Wahl des Narkoseverfahrens)

### B-[3600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

### B-[3600].11 Personelle Ausstattung

#### B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	53,24	Fälle je VK/Person	2,8103	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	53,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	51,24
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt	35,99	Fälle je VK/Person	4,15704	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	35,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,35	Stationär	34,64

#### B-[3600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
3	ZF28 - Notfallmedizin

**B-[3600].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten		38,5	
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		74,17	Fälle je VK/Person 2,0256
Beschäftigungsverhältnis	Mit	74,17	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	3,08	Stationär 71,09
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		7,08	Fälle je VK/Person 20,33898
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,08	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 7,08
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person 163,636353
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 0,88
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt		1,22	Fälle je VK/Person 118,032784
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,22	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 1,22

**B-[3600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ12 - Notfallpflege
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

**B-[3600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP06 - Ernährungsmanagement
3	ZP07 - Geriatrie
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP14 - Schmerzmanagement
6	ZP15 - Stomamanagement
7	ZP16 - Wundmanagement
8	ZP20 - Palliative Care
9	ZP24 - Deeskalationstraining

**B-[3700] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin**

**B-[3700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**



Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

**B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

**B-[3700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes**

**Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Titel, Vorname, Name	Dr. Jürgen Heins
Telefon	0621 503 28001
Fax	0621 503 28002
E-Mail	heinsj@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medicin/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medicin/index_ger.html</a>

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Therapeutin
Titel, Vorname, Name	Monique Zabel
Telefon	0621 503 3658
Fax	0621 503 3660
E-Mail	ZabelM@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79

PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medicin/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medicin/index_ger.html</a>

### B-[3700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

### B-[3700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
2	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
3	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
4	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
5	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
6	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
7	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
8	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
9	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
10	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
11	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
12	VX00 - („Sonstiges“): Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
13	VX00 - („Sonstiges“): Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath Konzept, PNF)
14	VX00 - („Sonstiges“): Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie
15	VX00 - („Sonstiges“): Orthopädische und unfallchirurgische konservative Behandlung
16	VX00 - („Sonstiges“): Manuelle Therapie, Fascientechniken
17	VX00 - („Sonstiges“): Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
18	VX00 - („Sonstiges“): Massage: Klassische und Spezialmassagen
19	VX00 - („Sonstiges“): Physikalische Therapie
20	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Halses
21	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
22	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
23	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von sonstigen Verletzungen
24	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
25	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms
26	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Kopfes
27	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarms
28	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Thorax
29	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Handgelenks und der Hand
30	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
31	VC00 - („Sonstiges“): Stationäre Herzsportgruppe, fand aufgrund von Corona 2022 nicht statt
32	VX00 - („Sonstiges“): Manuelle Lymphdrainage/Kompressionsbehandlung
33	VX00 - („Sonstiges“): Funktionelle Beckenbodenarbeit
34	VX00 - („Sonstiges“): Ergotherapie/Arbeitstherapie
35	VX00 - („Sonstiges“): Atemgymnastik/-therapie
36	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

**B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Physikalische Therapie

**B-[3700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Physikalische Therapie	VX00 - („Sonstiges“)

**B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung	Ja

**B-[3700].11 Personelle Ausstattung**

Personengruppe	VK
Facharzt(in)	0,17
Medizinische Fachangestellte	1,52
Ergotherapeut(in)	4,14
Masseur/ Med. Bademeister	3,14
Physiotherapeut(in)	23,79
<b>Gesamt</b>	<b>32,76</b>

**B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	0,17	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Gesamt	0,17	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

**B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ49 - Physikalische und Rehabilitative Medizin
3	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie

**B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
3	ZF30 - Palliativmedizin ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
4	<i>Notfalldiagnostik und Thorax</i>
5	ZF39 - Schlafmedizin

**B-[3700].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten		38,5	
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>			
Gesamt	1,52	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 1,52	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	1,52



**B-[3751] Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie****B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Nicht Bettenführende Abteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

**B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

**B-[3751].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Günter Layer
Telefon	0621 503 4501
Fax	0621 503 4590
E-Mail	radiologie@kliilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html">https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html</a>

**B-[3751].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## B-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	VR15 - Arteriographie
3	VR16 - Phlebographie
4	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
5	VR41 - Interventionelle Radiologie VR00 - („Sonstiges“): Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung
6	<i>Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung</i>
7	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
8	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
9	<i>CT-Angiographie, CT-Kolographie, Kardio-CT; CT-Interventionen (Biopsie, Tumorablation), Osteodensitometrie, Dental-CT</i> VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
10	<i>Computertomographie</i>
11	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
12	<i>Tomosynthese (3-D Mammographie), Stereotaktische Biopsie</i>
13	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
14	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
15	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
16	<i>MR-Mamma, MRCP, MR-Kolographie, MR-Angiographie, Herz-MR, Ganzkörper-MRT</i>
17	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
18	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
19	VR02 - Native Sonographie VX00 - („Sonstiges“): Qualitätssicherungsprogramm für radiologische Interventionen
20	<i>Zertifikat der DeGIR</i>
21	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
22	VR47 - Tumorembolisation VK00 - („Sonstiges“): CAC (Cardiac Arrest Center)
23	<i>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</i>
24	VR43 - Neuroradiologie
25	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunden
26	<i>Nach Vereinbarung</i>
27	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme <i>Notfalldiagnostik (24h)</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VX00 - („Sonstiges“): Kooperationen
28	<i>Brustzentrum, Gefäßzentrum, Hauttumorzentrum, Herzzentrum, Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum, Medizinische Klinik B, Onkologisches Zentrum, Prostatakarzinomzentrum, Überregionale Stroke Unit, Viszeralonkologisches Zentrum, Shuntzentrum, Zentrum für Autoimmunerkrankungen, Cardiac Arrest Center</i>

### B-[3751].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	8243
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	6214
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	6117
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	5428
5	3-202	Native Computertomographie des Thorax	4321
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	3798
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2470
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	2063
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1856
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	1434
11	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	1394
12	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	845
13	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	812
14	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	731
15	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	718
16	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	711
17	8-836.xx	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Sonstige	688
18	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	663
19	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	631
20	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	534
21	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	475
22	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	457
23	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	389
24	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	367
25	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	345
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	331
27	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	330
28	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	286
29	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	232
30	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	198

#### B-[3751].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	8243
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	6214
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	6117
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	5428
5	3-202	Native Computertomographie des Thorax	4321
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	3798
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2470
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	2063
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1856

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	1638
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	1434
12	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	1394
13	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	845
14	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	812
15	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	731
16	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	718
17	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	711
18	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	663
19	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	631
20	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	534
21	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	514
22	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	457
23	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	389
24	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	367
25	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	345
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	331
27	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	330
28	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	326
29	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	297
30	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	286

### B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes Rheumaambulanz
2	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	<i>Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Diagnostik <i>Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.</i>
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Brustsprechstunde Vakuumstanzbiopsie
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfalldiagnostik

### B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Vor- und nachstationäre Diagnostik	VX00 - („Sonstiges“): Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.)
2	Brustsprechstunde	VX00 - („Sonstiges“): Stereotaktische Biopsie

#	Ambulanz	Leistung
3	Brustsprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Tomosynthese
4	Brustsprechstunde	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR15 - Arteriographie
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR41 - Interventionelle Radiologie
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR43 - Neuroradiologie
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR16 - Phlebographie
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR47 - Tumorembolisation

### B-[3751].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Rheumaambulanz	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

### B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

### B-[3751].11 Personelle Ausstattung

**B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

<b>Gesamt</b>	19,86	<b>Fälle je VK/Person</b>	0
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 19,43	<b>Ohne</b>	0,43
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 6,99	<b>Stationär</b>	12,87

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte**

<b>Gesamt</b>	12,02	<b>Fälle je VK/Person</b>	0
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 11,59	<b>Ohne</b>	0,43
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 4,17	<b>Stationär</b>	7,85

**B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung****# Facharztbezeichnungen**

- 1 AQ54 - Radiologie
- 2 AQ44 - Nuklearmedizin
- 3 AQ56 - Radiologie, SP Neuroradiologie

**B-[3751].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	8,82	<b>Fälle je VK/Person</b>	0
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 8,82	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0,55	<b>Stationär</b>	8,27

**B-[3790] Institut für Pathologie****B-[3790].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Nicht Bettenführende Abteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Institut für Pathologie

**B-[3790].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3790 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

**B-[3790].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Mindaugas Andrulius
Telefon	0621 503 4301
Fax	0621 503 4330
E-Mail	pathologie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/index_ger.html</a>

**B-[3790].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[3790].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von onkologischen Erkrankungen
2	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik der pulmonalen Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von hämatologischen Erkrankungen
4	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von sonstigen Formen der Herzkrankheit
7	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Nierenerkrankungen
8	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
9	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten des Peritoneums
10	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
11	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten der Pleura
13	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von rheumatologischen Erkrankungen
14	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von ischämischen Herzkrankheiten
15	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Allergien
17	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
18	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Autoimmunerkrankungen
19	VD15 - Dermatohistologie

**B-[3790].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-990	Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung	< 4
2	9-999.06	Applikation von Remdesivir, parenteral, Liste 1: Mehr als 600 mg bis 700 mg	< 4
3	9-999.04	Applikation von Remdesivir, parenteral, Liste 1: Mehr als 400 mg bis 500 mg	< 4
4	9-999.05	Applikation von Remdesivir, parenteral, Liste 1: Mehr als 500 mg bis 600 mg	< 4

**B-[3790].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-999	Nicht belegte Schlüsselnummern	< 4
2	9-990	Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung	< 4

**B-[3790].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
		MVZ
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Die ambulanten diagnostischen Leistungen erbringt das Institut für Pathologie im MVZ des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein GmbH.</i>

**B-[3790].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	MVZ	VX00 - („Sonstiges“): Molekularpathologie, Molekulare Tumordiagnostik
2	MVZ	VX00 - („Sonstiges“): Histologische Untersuchungen von Gewebeproben
3	MVZ	VX00 - („Sonstiges“): Zytologische Untersuchungen von Punktaten und Zellmaterial

**B-[3790].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[3790].11 Personelle Ausstattung****B-[3790].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	6,97	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,97	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,45	<b>Stationär</b>	4,52

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Gesamt	2,76	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,76	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,97	<b>Stationär</b>	1,79

**B-[3790].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung****# Facharztbezeichnungen**

1 AQ46 - Pathologie

**B-[3790].11.2 Pflegepersonal**

Die MTLA's der Pathologie werden im A-Teil (unter 11.4 Spezielles therapeutisches Personal) abgebildet.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt	0,64	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,64	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,64

**B-[3792] Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin****B-[3792].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Nicht Bettenführende Abteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

**B-[3792].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3792 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

**B-[3792].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Matthias F. Bauer
Telefon	0621 503 3501
Fax	0621 503 3520
E-Mail	labormedizin@KLILU.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html</a>

**B-[3792].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

**B-[3792].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten <i>Bakteriologische Untersuchungen inkl. Tuberkulose</i>
2	VX00 - („Sonstiges“): Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie" <i>Hierzu gehören labormedizinische Untersuchungen wie z. B. Elektrolyte, Leberwerte, Nierenwerte, Fettstoffwechsel, Risikoprofile, Diabetesdiagnostik und -kontrolle, Eisenstoffwechsel, Spurenelemente, Säure-Basen-Haushalt, Schnelltest: Influenza A/B, RSV, SARS COV2</i>
3	VX00 - („Sonstiges“): Harn- und Stuhluntersuchungen <i>Blut im Stuhl, Urinsediment, Urinstreifentest, Schwangerschaftstest, Elektrolyte, Proteine, Mineralien</i>
4	VX00 - („Sonstiges“): Hormonbestimmungen <i>Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Hypophyse, Nebennierenrindenhormone etc.</i>
5	VX00 - („Sonstiges“): Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
6	VX00 - („Sonstiges“): Medikamentenspiegelbestimmungen <i>Antibiotika, Zytostatika sowie Antiepileptika</i>
7	VX00 - („Sonstiges“): Toxikologie <i>Drogennachweise, Bestimmung des Alkoholspiegel, Vergiftungen</i>
8	VX00 - („Sonstiges“): Point of Care Testing <i>Blutzuckerbestimmungen, Blutgasbestimmungen inklusive Oximetrie, Urinteststreifen-Diagnostik, Gerinnungsdiagnostik</i>
9	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten <i>Molekulargenetischer Nachweis von intra- und extrazellulären Bakterien; qualitativer und quantitativer Nachweis von Viren in menschlichen Untersuchungsmaterialien.</i>
10	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen <i>Molekulargenetischer Nachweis von somatischen, therapierelevanten Veränderungen in operativ und bioptisch gewonnenem Tumorgewebe.</i>
11	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik und Genetik mitochondrialer Erkrankungen <i>Ein Spezialgebiet des Instituts ist die molekulargenetische Diagnostik mitochondrialer Erkrankungen. Diese Diagnostik steht sowohl den Fachabteilungen des Klinikums als auch externen Einsendern zur Verfügung.</i>
12	VI27 - Spezialsprechstunde <i>Humangenetische Beratung: Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels, insbesondere mitochondriale, neuromuskuläre und neurodegenerative Erkrankungen.</i>
13	VX00 - („Sonstiges“): Hygiene <i>Krankenhausthygienische Beratung</i>
14	VX00 - („Sonstiges“): Transfusionsmedizin <i>Die immunhämatologische Labordiagnostik und Bereitstellung von Blutkonserven für die Transfusion in den Kliniken und Ambulanzen erfolgt im ILHT.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VX00 - („Sonstiges“): Hämatologie
15	<i>Die Bestimmung von Blutbildern, Differentialblutbildern und durchflusszytometrischer Diagnostik aus Blut, Knochenmark und Punkttaten erfolgt im ILHT.</i>
16	VX00 - („Sonstiges“): Autoimmundiagnostik VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen
17	<i>Spezielle laboranalytische Diagnostik des Blutgerinnungssystems als Grundlage für die Beratung und Therapie der stationären Patienten sowie für Patienten im MVZ.</i>
18	VX00 - („Sonstiges“): Liquor-Diagnostik VX00 - („Sonstiges“): Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
19	<i>Akkreditierung nach (DIN EN ISO 15189:2014 und 22870:2017) Zertifizierung: 25.04.2022.</i>

### B-[3792].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Blutkonzentrate werden vom Institut zur Verfügung gestellt und regelhaft von den klinischen Abteilungen bzw. Ambulanzen transfundiert oder verabreicht.

### B-[3792].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Gerinnungsambulanz</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz für Mitochondriale Medizin und Störungen des Energiestoffwechsels

### B-[3792].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz für Mitochondriale Medizin und Störungen des Energiestoffwechsels	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostische und therapeutische Beratung von Patienten, behandelnden Ärzten und Angehörigen
2	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	VX00 - („Sonstiges“): Peritransfusionelle Labordiagnostik, Immunhämatologie
3	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Medikamentenspiegelbestimmungen
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunden (Humangenetische
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	Beratung, Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels)
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Hormonbestimmungen
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie"

#	Ambulanz	Leistung
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes VX00 - („Sonstiges“): Point of Care Testing	
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen	
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen	
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes VX00 - („Sonstiges“): Hämatologie	
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes VX00 - („Sonstiges“): Harn- und Stuhluntersuchungen	
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes VX00 - („Sonstiges“): Toxikologie	
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes VX00 - („Sonstiges“): Transfusionsmedizin	
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes VX00 - („Sonstiges“): Liquor-Diagnostik	
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes VX00 - („Sonstiges“): Autoimmundiagnostik	

**B-[3792].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[3792].11 Personelle Ausstattung**

**B-[3792].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die angegebenen Zahlen des ambulanten Anteils ist ein rechnerischer Wert, der sich aus der erbrachten ambulanten Punktleistungen der Laboranalysen in Bezug auf die Gesamtpunktleistung des Instituts bezieht.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	7,46	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,39	Stationär	5,07

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Gesamt	5,42	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,66	Stationär	3,76

**B-[3792].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
2	AQ38 - Laboratoriumsmedizin
3	AQ39 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
4	AQ59 - Transfusionsmedizin

**B-[3792].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF11 - Hämostaseologie
2	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden –

**B-[3792].11.2 Pflegepersonal**

Die angegebenen Zahlen des ambulanten Anteils ist ein rechnerischer Wert, der sich aus der erbrachten ambulanten Punktleistungen der Laboranalysen in Bezug auf die Gesamtpunktleistung des Instituts bezieht.

<b>Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten</b>	38,5
--	------

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	0,93	<b>Fälle je VK/Person</b>	0	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,93	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,93

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

<b>Gesamt</b>	9,54	<b>Fälle je VK/Person</b>	0	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	9,54	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	1,06	<b>Stationär</b>	8,48



**B-[3791] Apotheke****B-[3791].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Nicht Bettenführende Abteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Apotheke

**B-[3791].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3791 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(III)

**B-[3791].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Norbert Marxer
Telefon	0621 503 3031
Fax	0621 503 3033
E-Mail	apotheke@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/index_ger.html</a>

**B-[3791].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## B-[3791].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Arzneimittelversorgung <i>Belieferung der Stationen und Bereiche für ambulante und stationäre Patienten mit Arzneimitteln, Infusionen, Röntgenkontrastmitteln und Verbandstoffen</i>
2	VX00 - („Sonstiges“): Erstellung und Fortentwicklung der Arzneimittelliste <i>Über die interdisziplinär besetzte Arzneimittelkommission wird entschieden, welche Arzneimittel im Klinikum zur Therapie eingesetzt und benötigt werden. Die ca. 1.500 ausgewählten Präparate werden in einer klinikinternen verbindlichen Arzneimittelliste zusammengefasst.</i>
3	VX00 - („Sonstiges“): Arzneimittelherstellung <i>In der Rezeptur/Defektur werden Salben, Cremes, Lösungen, Lotionen, Kapseln, Tropfen hergestellt. Im Sterilbereich erfolgt die aseptische Herstellung von patientenindividuellen Zytostatikazubereitungen, Augenarzneimitteln, spez. Zubereitungen zur patientengesteuerten Analgesie u. Studienmedikamenten</i>
4	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Beantwortung der Anfragen von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich Auswahl, Dosierung, Dosisanpassung, Applikation, Kompatibilitäten, Interaktionen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln</i>
5	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Durchführung der Arzneimittelanamnese bei der Patientenaufnahme</i>
6	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Apotheker auf Station: Beratung der Ärzte zur individuellen Arzneimitteltherapie der Patienten</i>
7	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Bereitstellung von Informationen zu gelisteten Arzneimitteln</i>
8	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Patientenindividuelle Umsetzungsempfehlungen für die häusliche Medikation von Patienten</i>
9	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Bewertung von neuen Präparaten</i>
10	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Erfassung, Bewertung und Weiterleitung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen</i>
11	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Erstellung von Verbrauchsstatistiken, Beratung zum Arzneimittelverbrauch, Vergleich von Therapiekosten bei vergleichbarer Wirksamkeit</i>
12	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Qualitätskontrolle des Umgangs mit Arzneimitteln v.a. im Rahmen von Stationsbegehungen</i>
13	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Mitarbeit bei klinischen Studien</i>

# **Medizinische Leistungsangebote**

- VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
- 14 *Geschäftsführung bei der Arzneimittelkommission*
- VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
- 15 *Durchführung von klinikinternen Fortbildungen und Schulungen*
- VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
- 16 *Leitung des hauseigenen antibiotic-stewardship-Gremiums. Durchführung von Beratung als Teil des antibiotic-stewardship (ABS)-teams.*
- VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
- 17 *Teilnahme an der infektiologischen Visite der Intensivstationen*
- 18 VX00 - („Sonstiges“): Zertifizierung durch die Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz (Zertifikat gültig bis 03.08.2023)

**B-[3791].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[3791].11 Personelle Ausstattung**

In der Apotheke sind folgende Personengruppen beschäftigt:

Personengruppe	VK
Leitende(r) Apotheker(in)	1,00
Fachapotheker(in)	2,08
Apotheker(in)	4,56
Fachärztin	0,29
Pharmazeutisch-Kaufm. Assistent(in)	4,50
Pharmazeutisch-Techn. Assistent(in)	5,29
Praktikant(in)	1,83
Auszubildende(r) (PKA)	1,00
Hilfskraft	1,00
Sachbearbeiter(in)	0,52
<b>Gesamt</b>	<b>22,07</b>

**B-[3791].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

<b>Gesamt</b>	0,29	<b>Fälle je VK/Person</b>	0
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b> 0,29	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	0,29

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

<b>Gesamt</b>		0,29	<b>Fälle je VK/Person</b>	0
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Mit</b>	0,29	<b>Ohne</b>	0
<b>Versorgungsform</b>	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,29

**B-[3791].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

# **Facharztbezeichnungen**

1 AQ01 - Anästhesiologie





**C Qualitätssicherung****C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V****C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate**

<b>09/1 - Herzschrittmacher-Implantation</b>	
Fallzahl	277
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	277
<b>09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>	
Fallzahl	42
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	42
<b>09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>	
Fallzahl	23
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	23
<b>09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>	
Fallzahl	94
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	94
<b>09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel</b>	
Fallzahl	61
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	61
<b>09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation</b>	
Fallzahl	55
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	55
<b>10/2 - Karotis-Revaskularisation</b>	
Fallzahl	135
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	135
<b>15/1 - Gynäkologische Operationen</b>	
Fallzahl	322
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	322
<b>16/1 - Geburtshilfe</b>	
Fallzahl	339
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	339
<b>18/1 - Mammachirurgie</b>	
Fallzahl	252
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	252
<b>DEK - Dekubitusprophylaxe</b>	
Fallzahl	646
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	646
<b>HCH - Herzchirurgie</b>	
Fallzahl	813
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	813
<b>HCH_AK_CHIR - Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe</b>	
Fallzahl	123
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	123
<b>HCH_AK_KATH - Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe</b>	
Fallzahl	292
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	292
<b>HCH_KC - Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen</b>	
Fallzahl	363
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	363
<b>HCH_MK_CHIR - Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe</b>	
Fallzahl	90
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	90
<b>HCH_MK_KATH - Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe</b>	
Fallzahl	28
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	28
<b>PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)</b>	
Fallzahl	1749
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	1749

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	365
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	365

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	<b>2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,05
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,94 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	358
Beobachtete Ereignisse	358

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	<b>2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez

<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>Einheit</b>	%
<b>Bundesergebnis</b>	98,18
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	97,91 - 98,41
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	100
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	64,57 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	7
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	7

**3. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2036</b>
<b>Leistungsbereich</b>	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
<b>Art des Wertes</b>	TKez
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der

	Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,57 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	265
Beobachtete Ereignisse	265

4. 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

Ergebnis-ID	<b>231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	16,84
Vertrauensbereich bundesweit	16,67 - 17,01
Rechnerisches Ergebnis	16,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,38 - 21,72
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	242

Beobachtete Ereignisse	40
5. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
Ergebnis-ID	<b>52326</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 0,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32025
Beobachtete Ereignisse	192

6. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)	
Ergebnis-ID	<b>521801</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	0,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 0,24
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	32025
Beobachtete Ereignisse	60

**7. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben**

Ergebnis-ID	<b>521800</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere

	Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**8. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben**

Ergebnis-ID	<b>131803</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	50,74
Vertrauensbereich bundesweit	50,03 - 51,46
Rechnerisches Ergebnis	5,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,37 - 12,22
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	5

9. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
Ergebnis-ID	<b>101802</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	50,73
Vertrauensbereich bundesweit	50,37 - 51,10
Rechnerisches Ergebnis	6,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,92 - 9,75
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	273
Beobachtete Ereignisse	17

10. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	<b>11724</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen).

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	1,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,47 - 6,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

11. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
Ergebnis-ID	<b>605</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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).

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,68
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0

12. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	<b>606</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .

Einheit	%
Bundesergebnis	1,53
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 2,29
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

**13. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind**

Ergebnis-ID	<b>51859</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,13
Vertrauensbereich bundesweit	2,78 - 3,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**14. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>51865</b>
-------------	--------------

<b>Leistungsbereich</b>	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
<b>Art des Wertes</b>	TKez
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Bundesergebnis</b>	0,94
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	0,83 - 1,06
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	1,59
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	0,28 - 7,21
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	Datenschutz
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	Datenschutz
<b>Erwartete Ereignisse</b>	Datenschutz

15. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

**Ergebnis-ID** 51445

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,82
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0

16. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	<b>51448</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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).

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	2,72 - 6,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**17. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

Ergebnis-ID	<b>51860</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .

Einheit	%
Bundesergebnis	4,61
Vertrauensbereich bundesweit	3,82 - 5,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**18. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind**

Ergebnis-ID	<b>382005</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**19. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind**

Ergebnis-ID	<b>372005</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - 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
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,88
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 2,06
Rechnerisches Ergebnis	3,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,76 - 6,21
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	270
Beobachtete Ereignisse	9

#### 20. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	<b>352006</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,77
Vertrauensbereich bundesweit	1,60 - 1,96
Rechnerisches Ergebnis	2,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,87 - 4,65
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	247

Beobachtete Ereignisse	5
<b>21. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind</b>	
Ergebnis-ID	<b>362018</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	6,10
Vertrauensbereich bundesweit	5,49 - 6,77
Rechnerisches Ergebnis	18,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,38 - 30,84
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	54
Beobachtete Ereignisse	10

<b>22. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind</b>	
Ergebnis-ID	<b>402010</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur

	Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,12
Vertrauensbereich bundesweit	2,67 - 3,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### 23. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	<b>392010</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,62
Vertrauensbereich bundesweit	2,28 - 3,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,46
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0

### 24. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	<b>321</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0

<b>25. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)</b>	
Ergebnis-ID	<b>51397</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,20
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,90

26. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen	
Ergebnis-ID	<b>182010</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p>

	<a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,17 - 0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

27. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	<b>182011</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,95
Vertrauensbereich bundesweit	2,83 - 3,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

28. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	9,20
Vertrauensbereich bundesweit	9,08 - 9,32
Rechnerisches Ergebnis	10,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,82 - 14,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	337
Beobachtete Ereignisse	36

**29. 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)**

Ergebnis-ID	56005
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 0,39
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	1076
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	120,87
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**30. 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**

Ergebnis-ID	<b>50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,57 - 1,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	212
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	17,63
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,91 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. 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)

Ergebnis-ID	<b>52009</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	2,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,36 - 3,01
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	32025
Beobachtete Ereignisse	256
Erwartete Ereignisse	95,91
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>32. 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</p>	
Ergebnis-ID	51906

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,05

Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,90
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	142
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,29
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**33. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>131801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.</p>

	Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Bundesergebnis	0,72
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,76
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,40
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	9,27
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**34. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>51186</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf</p>

	Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Bundesergebnis	1,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	4,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,20 - 15,25
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**35. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>132001</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 1,49
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,65 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**36. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>132002</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/das-">https://iqtig.org/das-</a>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,20
Rechnerisches Ergebnis	2,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 9,84
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,03 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>37. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
Ergebnis-ID	<b>51196</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,73
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,13 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>38. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
Ergebnis-ID	<b>101800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 0,33
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>39. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
Ergebnis-ID	<b>51191</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS

<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Bundesergebnis</b>	0,96
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	0,90 - 1,01
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	1,03
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	0,44 - 2,38
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	277
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	4,83
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Referenzbereich</b>	<= 4,38 (95. Perzentil)
<b>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</b>	R10
<b>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer

erneuten Operation	
Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 0,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	215
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	9,53
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	<b>2195</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	215
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,91

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**42. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>51404</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	11,05

Vertrauensbereich Krankenhaus	4,44 - 23,61
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	0,36
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 7,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**43. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>11704</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren</p>

	und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 3,21
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**44. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>51873</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen</p>

	zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	1,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 5,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,81 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**45. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>382006</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

	gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	2,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,98 - 5,98
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,61
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

#### 46. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	<b>372006</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - 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
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein

	Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	1,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,90 - 2,80
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	291
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	6,90
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

#### 47. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	<b>352007</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht</p>

	gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,07 - 2,75
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	301
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	9,25
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,33 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**48. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>362019</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein

	Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,11 - 2,73
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	7,82
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**49. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>402011</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein

	Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsnehmerverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,53 - 4,06
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**50. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID	<b>392011</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst

	als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,54
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,32
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**51. 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)**

Ergebnis-ID	<b>56007</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst

	als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 0,31
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	812
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	153,03
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>52. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)</b>	
Ergebnis-ID	<b>52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines</p>
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	

	Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,27 - 1,61
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	339
Beobachtete Ereignisse	152
Erwartete Ereignisse	105,51
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,26 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	<b>2005</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen

	werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,96 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	365
Beobachtete Ereignisse	365
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**54. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

Ergebnis-ID	<b>2009</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> 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.
Einheit	%

Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	97,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,76 - 98,65
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	205
Beobachtete Ereignisse	199
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**55. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen**

Ergebnis-ID	<b>2013</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	93,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,23 - 96,58
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	140

Beobachtete Ereignisse	131
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**56. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist**

Ergebnis-ID	<b>2028</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 - 96,02
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,57 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	265
Beobachtete Ereignisse	265
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>57. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>	
Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
Rechnerisches Ergebnis	99,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,44 - 99,95
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	359
Beobachtete Ereignisse	358
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**58. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)**

Ergebnis-ID	<b>52010</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 59. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	<b>12874</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. 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

Ergebnis-ID	<b>60685</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,58
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. 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	
Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	19,31
Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. 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

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS

<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>Einheit</b>	%
<b>Bundesergebnis</b>	88,74
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	88,41 - 89,07
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	94,12
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	85,83 - 97,69
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	68
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	64
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Referenzbereich</b>	>= 74,46 % (5. Perzentil)
<b>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</b>	R10
<b>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>64. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52283</b>
<b>Leistungsbereich</b>	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
<b>Art des Wertes</b>	QI*
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,15
Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>65. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft</b>	
Ergebnis-ID	<b>52321</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist

<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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.
<b>Einheit</b>	%
<b>Bundesergebnis</b>	98,81
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	98,72 - 98,90
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	99,48
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	98,13 - 99,86
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	385
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	383
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Referenzbereich</b>	>= 95,00 %
<b>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</b>	R10
<b>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>66. 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</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>141800</b>
<b>Leistungsbereich</b>	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
<b>Art des Wertes</b>	QI*
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>Einheit</b>	%
<b>Bundesergebnis</b>	0,19
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	0,12 - 0,30
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	0
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	0,00 - 5,92
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	61
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Referenzbereich</b>	<= 3,80 %
<b>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</b>	R10
<b>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>67. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50005</b>
<b>Leistungsbereich</b>	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
<b>Art des Wertes</b>	QI*
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a>

Fachlicher Hinweis IQTIG	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Zeppenfeld et al. 2022). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368. Zeppenfeld, K; Tfelt-Hansen, J; de Riva, M; Winkel, BG; Behr ER; Blom, NA; et al. (2022): 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. European Heart Journal 43(40): 3997-4126. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac262.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,72
Vertrauensbereich bundesweit	97,50 - 97,92
Rechnerisches Ergebnis	94,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,15 - 97,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	89
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>68. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird</b>	
Ergebnis-ID	<b>52131</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,53 - 92,16
Rechnerisches Ergebnis	97,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,43 - 98,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	148
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers

(Defibrillators) angemessen funktionierten	
Ergebnis-ID	<b>52316</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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; Gera-edts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,17
Vertrauensbereich bundesweit	96,02 - 96,31
Rechnerisches Ergebnis	95,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,17 - 97,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	392
Beobachtete Ereignisse	375
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. 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

Ergebnis-ID	<b>131802</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)	
Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. 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	
Ergebnis-ID	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**73. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)**

Ergebnis-ID	<b>52324</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,54
Vertrauensbereich bundesweit	0,38 - 0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>74. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft</b>	
Ergebnis-ID	<b>52307</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,43
Vertrauensbereich bundesweit	98,34 - 98,53
Rechnerisches Ergebnis	95,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,23 - 97,94
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	198
Beobachtete Ereignisse	190
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>75. 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</b>	
Ergebnis-ID	<b>111801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen

Fachlicher Hinweis IQTIG	fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,38
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 76. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	<b>101803</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsstimmungsverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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 (Brignole 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/eh150. 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; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,25
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,39
Rechnerisches Ergebnis	96,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,90 - 98,27
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	275
Beobachtete Ereignisse	266
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>77. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt</b>	
Ergebnis-ID	<b>54140</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,61
Vertrauensbereich bundesweit	99,56 - 99,65
Rechnerisches Ergebnis	99,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,73 - 99,93
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	246
Beobachtete Ereignisse	245
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>78. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)</b>	
Ergebnis-ID	<b>52139</b>

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, ei-nem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebeine besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	88,55
Vertrauensbereich bundesweit	88,34 - 88,76
Rechnerisches Ergebnis	89,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,12 - 92,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	319
Beobachtete Ereignisse	284
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. 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

Ergebnis-ID	<b>52305</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebezug besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,12
Vertrauensbereich bundesweit	95,03 - 95,20
Rechnerisches Ergebnis	96,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,67 - 97,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	954

Beobachtete Ereignisse	925
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. 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

Ergebnis-ID	<b>101801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>81. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers</b>	
Ergebnis-ID	<b>52311</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,28
Vertrauensbereich bundesweit	1,20 - 1,37
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,37
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	277
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>82. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers</b>	
Ergebnis-ID	<b>52315</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,59 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**83. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht**

Ergebnis-ID	<b>603</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst

Fachlicher Hinweis IQTIG	als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,25
Vertrauensbereich bundesweit	99,08 - 99,38
Rechnerisches Ergebnis	97,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,89 - 99,62
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	46
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>84. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht</b>	
Ergebnis-ID	<b>604</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Kerotis)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird

	im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir- arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS- Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,69
Vertrauensbereich bundesweit	99,55 - 99,79
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,24 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	53
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**85. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt**

Ergebnis-ID	<b>52240</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir- arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

	Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	5,07
Vertrauensbereich bundesweit	2,48 - 10,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**86. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

Ergebnis-ID	<b>51437</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,95
Vertrauensbereich bundesweit	97,39 - 98,39
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,09 - 100,00

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	<b>51443</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,34
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**88. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind**

Ergebnis-ID	<b>161800</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,50
Vertrauensbereich bundesweit	2,34 - 5,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

89. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten	
Ergebnis-ID	<b>382000</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,70
Vertrauensbereich bundesweit	0,53 - 0,94
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,58
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,16 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

90. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten	
Ergebnis-ID	<b>372000</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - 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
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,60
Vertrauensbereich bundesweit	1,45 - 1,77
Rechnerisches Ergebnis	1,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 3,96
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	291
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

<b>91. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten</b>	
Ergebnis-ID	<b>372001</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - 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
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

### 92. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet

Ergebnis-ID	<b>352000</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,62
Vertrauensbereich bundesweit	95,35 - 95,87
Rechnerisches Ergebnis	93,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,96 - 95,66
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	301
Beobachtete Ereignisse	281
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
<b>93. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet</b>	
Ergebnis-ID	<b>362002</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	81,44
Vertrauensbereich bundesweit	80,41 - 82,42
Rechnerisches Ergebnis	80,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	69,15 - 88,57
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	50
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 68,57 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

<b>94. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten</b>	
Ergebnis-ID	<b>402002</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden

Fachlicher Hinweis IQTIG	kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	12,20
Vertrauensbereich bundesweit	11,34 - 13,12
Rechnerisches Ergebnis	13,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,75 - 27,33
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 23,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**95. Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde**

Ergebnis-ID	<b>402006</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen

	werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,18
Vertrauensbereich bundesweit	96,70 - 97,60
Rechnerisches Ergebnis	97,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,51 - 99,53
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	37
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 89,14 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**96. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten**

Ergebnis-ID	<b>392002</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,12
Vertrauensbereich bundesweit	3,69 - 4,59
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,46
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	27

Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 10,12 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**97. Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde**

Ergebnis-ID	<b>392006</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	93,99
Vertrauensbereich bundesweit	93,42 - 94,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,54 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	27
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 83,33 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**98. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde**

Ergebnis-ID	<b>56009</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47
Rechnerisches Ergebnis	1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,61 - 1,88
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	1076
Beobachtete Ereignisse	12
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>99. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde</b>	
Ergebnis-ID	<b>56010</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die

	Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	17,16
Vertrauensbereich bundesweit	16,68 - 17,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 21,93 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**100. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen**

Ergebnis-ID	<b>56016</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,31
Vertrauensbereich bundesweit	95,23 - 95,39
Rechnerisches Ergebnis	95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,71 - 96,95
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	628
Beobachtete Ereignisse	600
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 101. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID	<b>50045</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,01
Vertrauensbereich bundesweit	98,97 - 99,05

Rechnerisches Ergebnis	99,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,37 - 99,88
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	151
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. 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

Ergebnis-ID	<b>121800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,29
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,31
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID	<b>51846</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,21
Vertrauensbereich bundesweit	98,11 - 98,30
Rechnerisches Ergebnis	98,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,18 - 99,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	147
Beobachtete Ereignisse	145
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>104. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)</b>	
Ergebnis-ID	<b>212000</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,04
Vertrauensbereich bundesweit	94,52 - 95,52
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,20 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	24
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 80,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>105. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)</b>	
Ergebnis-ID	<b>212001</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	85,86
Vertrauensbereich bundesweit	85,40 - 86,30
Rechnerisches Ergebnis	94,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,39 - 97,96
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	73
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 54,43 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

Ergebnis-ID	<b>52330</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,39
Vertrauensbereich bundesweit	99,26 - 99,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)	
Ergebnis-ID	<b>52279</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*

<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS, QS-Planung
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
<b>Einheit</b>	%
<b>Bundesergebnis</b>	98,99
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	98,86 - 99,09
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	100
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	97,33 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	140
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	140
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Referenzbereich</b>	>= 95,00 %
<b>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</b>	R10
<b>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)	
Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,13
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**109. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde**

Ergebnis-ID	<b>50719</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,35
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,87
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,87

Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)	
Ergebnis-ID	<b>51847</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,99
Vertrauensbereich bundesweit	96,79 - 97,18
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,25 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	63
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage	
Ergebnis-ID	<b>51370</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,92
Vertrauensbereich bundesweit	1,80 - 2,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 7,69 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>112. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden</b>	
Ergebnis-ID	<b>60659</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	10,66
Vertrauensbereich bundesweit	10,41 - 10,91
Rechnerisches Ergebnis	12,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,67 - 18,46
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	141
Beobachtete Ereignisse	17
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 20,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

113. 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

Ergebnis-ID	<b>211800</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist

	aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,42 - 99,54
Rechnerisches Ergebnis	99,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,39 - 99,85
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	119
Beobachtete Ereignisse	118
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 97,82 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**114. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich**

Ergebnis-ID	<b>56000</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	64,25
Vertrauensbereich bundesweit	64,05 - 64,45
Rechnerisches Ergebnis	55,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	48,62 - 62,44

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	196
Beobachtete Ereignisse	109
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**115. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten**

Ergebnis-ID	<b>56001</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	27,91
Vertrauensbereich bundesweit	27,71 - 28,11
Rechnerisches Ergebnis	17,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,66 - 23,73

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	181
Beobachtete Ereignisse	32
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 41,48 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**116. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten**

Ergebnis-ID	<b>56003</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich bundesweit	75,91 - 76,83
Rechnerisches Ergebnis	90,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,07 - 93,94
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	156
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 67,57 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

117. 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

Ergebnis-ID	<b>56004</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG	gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,54 - 2,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,44
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,98 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

118. 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)

Ergebnis-ID	<b>56006</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

	gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 119. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	<b>56008</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,13
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	1888
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**120. Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde**

Ergebnis-ID	<b>56011</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	9,88
Vertrauensbereich bundesweit	9,77 - 10,00
Rechnerisches Ergebnis	0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,47 - 1,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	812
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**121. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt**

Ergebnis-ID	<b>56014</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden

<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
<b>Einheit</b>	%
<b>Bundesergebnis</b>	94,29
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	94,05 - 94,52
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	95,11
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	91,26 - 97,55
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	184
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	175
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Referenzbereich</b>	>= 93,65 % (5. Perzentil)
<b>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert
<b>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</b>	R10
<b>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>122. 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</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>330</b>
<b>Leistungsbereich</b>	PM-GEBH - Geburtshilfe
<b>Art des Wertes</b>	QI*
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist

Fachlicher Hinweis IQTIG	aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,80
Vertrauensbereich bundesweit	96,35 - 97,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 123. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	<b>1058</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI*
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a>

<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> .
<b>Einheit</b>	%
<b>Bundesergebnis</b>	0,21
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	0,13 - 0,32
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	0
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	0,00 - 27,75
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	10
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Referenzbereich</b>	Sentinel Event
<b>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</b>	R10
<b>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**124. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51831</b>
<b>Leistungsbereich</b>	PM-GEBH - Geburtshilfe
<b>Art des Wertes</b>	QI+
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
	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

<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Bundesergebnis</b>	1,06
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	0,95 - 1,18
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	0
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	0,00 - 65,81
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	13
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,05
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Referenzbereich</b>	<= 4,40 (95. Perzentil)
<b>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</b>	R10
<b>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>125. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>318</b>
<b>Leistungsbereich</b>	PM-GEBH - Geburtshilfe
<b>Art des Wertes</b>	QI*
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,85
Vertrauensbereich bundesweit	96,61 - 97,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

126. 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)	
Ergebnis-ID	<b>51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,68
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**127. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)**

Ergebnis-ID	<b>181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI+
Bezug zum Verfahren	DeQS

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

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

Bundesergebnis	0,89
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,95
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	187
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,20 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

128. 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)

Ergebnis-ID	<b>51808_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten

	Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> .
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 36,78
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10

129. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	<b>51813_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> .
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,81
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,79
<b>130. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
Ergebnis-ID	<b>51818_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,11
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,92

131. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurlutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	<b>51823_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> 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: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,86

132. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der

spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	181801_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	167
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13

133. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	181802_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,47
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

134. 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

Ergebnis-ID	<b>232000_2005</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,44 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	242
Beobachtete Ereignisse	242

135. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	<b>232001_2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,41 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	238

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	238
<b>136. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232002_2007</b>
<b>Leistungsbereich</b>	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
<b>Art des Wertes</b>	EKez
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
<b>Sortierung</b>	1
<b>Bezug zu anderen QS-Ergebnissen</b>	2007
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
<b>Einheit</b>	%
<b>Bundesergebnis</b>	97,92
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	97,54 - 98,24
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	100
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	51,01 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	4

<b>137. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232003_2009</b>
<b>Leistungsbereich</b>	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
<b>Art des Wertes</b>	EKez
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
<b>Sortierung</b>	1
<b>Bezug zu anderen QS-Ergebnissen</b>	2009
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	95,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,91 - 97,54
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	222
Beobachtete Ereignisse	212

138. 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

Ergebnis-ID	<b>232004_2013</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 - 93,31
Rechnerisches Ergebnis	93,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,03 - 97,10
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	90

139. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	<b>232005_2028</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,99 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	187
Beobachtete Ereignisse	187

140. 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

Ergebnis-ID	<b>232006_2036</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,99 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	187
Beobachtete Ereignisse	187

#### 141. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	<b>232007_50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a 161="" 66="" 961="" 988"="" data-label="Page-Footer" href="https://iqtig.org/das-&lt;/a&gt;&lt;/p&gt; &lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;/table&gt; &lt;/div&gt; &lt;div data-bbox=">  <p><b>KliLu</b> Wir leben Medizin.</p> </a></p>

	iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 1,39
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	314
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	33,38

**142. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde**

Ergebnis-ID	<b>232010_50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	1,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 1,70

Grundgesamtheit	102
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	15,75

143. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	<b>232008_231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 - 18,43
Rechnerisches Ergebnis	21,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	17,47 - 25,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	365
Beobachtete Ereignisse	78

144. 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

Ergebnis-ID	<b>232009_50722</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	99,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,65 - 99,93
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	237
Beobachtete Ereignisse	236

145. 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

Ergebnis-ID	<b>172000_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>146. 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</b>	
Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	13,49
Vertrauensbereich bundesweit	12,39 - 14,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

<b>147. 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</b>	
Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der

	<p>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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	18,94
Vertrauensbereich bundesweit	18,76 - 19,12
Rechnerisches Ergebnis	34,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	23,92 - 46,60
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	22

**148. 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**

Ergebnis-ID	<b>182001_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	45,90
Vertrauensbereich bundesweit	45,59 - 46,21
Rechnerisches Ergebnis	67,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,52 - 79,51
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	29

**149. 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**

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,88
Vertrauensbereich bundesweit	3,79 - 3,97
Rechnerisches Ergebnis	5,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,40 - 12,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	5

150. 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

Ergebnis-ID	182003_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere

	Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	21,45
Vertrauensbereich bundesweit	21,13 - 21,78
Rechnerisches Ergebnis	42,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	29,51 - 56,72
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	20

151. 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

Ergebnis-ID	<b>182004_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	71,72
Vertrauensbereich bundesweit	71,44 - 71,99
Rechnerisches Ergebnis	86,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,73 - 92,54
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	56

152. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	<b>182005_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	93,01
Vertrauensbereich bundesweit	92,64 - 93,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**153. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden**

Ergebnis-ID	<b>182006_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%

Bundesergebnis	86,60
Vertrauensbereich bundesweit	85,95 - 87,21
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

**154. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden**

Ergebnis-ID	<b>182007_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

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

Einheit	%
Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,06 - 76,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**155. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden**

Ergebnis-ID	<b>182008_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,57 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7

**156. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden**

Ergebnis-ID	<b>182009_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	44,42
Vertrauensbereich bundesweit	43,91 - 44,93
Rechnerisches Ergebnis	28,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,72 - 54,65

## Fallzahl

Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	4

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	Schlaganfall ( [Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz])	Ja

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

#	DMP
1	<p>Asthma bronchiale</p> <p>Der Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V wurde zwischen dem Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH und der BKK-Landesverband Mitte, IKK Südwest, Knappschaft Bochum, SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse sowie den Ersatzkassen in RLP (Barmer GEK, TK, DAK-Gesundheit, KKH, HEK, hkk) geschlossen und regelt die indikationsgesteuerte u. systematische Koordination der Behandlung der Patienten mit Asthma bronchiale sowie die stationäre Versorgung.</p>
2	<p>Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</p> <p>Die Vereinbarung im Rahmen d. Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V wurde zw. den Krankenhäusern in RLP und der AOK RLP/Saarland geschlossen u. regelt die stat. Versorgung von Patienten mit COPD mit dem Ziel, abhängig von Alter u. Begleiterkrankungen, der Vermeidung/Reduktion von akuten u. chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen u. der raschen Progredienz der Erkrankung, der Reduktion der COPD-bedingten Letalität und der adäquaten Behandlung der Komorbiditäten.</p>

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

Zertifikat "Aktion Saubere Hände" in Bronze	
Leistungsbereich	Gesamthaus
Ergebnis	09.09.2022
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Kriterien ASH
Rechenregeln	gem. Kriterien ASH
Referenzbereiche	gem. Kriterien ASH
Vergleichswerte	<a href="https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/">https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/</a>
Quellenangabe	<a href="https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/">https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/</a>
AZAV - Arbeitsförderung	
Leistungsbereich	Gesamthaus
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 20.09.2026
Messzeitraum	jährlich
Quellenangabe	<a href="https://azav-zertifikat.de/azav-zertifizierung/">https://azav-zertifikat.de/azav-zertifizierung/</a>

Qualitätsindikatoren lt. Anforderungen bei Ringversuchen des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur

## externen Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen.

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Ergebnisse der Ringversuche
Messzeitraum	Jährlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	www.zentrallabor.com

## Antibiotikaverbrauchs-Surveillance-Projekt ADKA-if-RKI

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	(Antibiotikaverbrauchsdaten des Klinikums und seiner Abteilungen sowie Benchmarkdaten)
Messzeitraum	Jährlich
Datenerhebung	Siehe <a href="http://www.antiinfektiva-surveillance.de">www.antiinfektiva-surveillance.de</a>
Rechenregeln	Siehe <a href="http://www.antiinfektiva-surveillance.de">www.antiinfektiva-surveillance.de</a>
Referenzbereiche	Antibiotika-RDD und -DDD
Vergleichswerte	ADKA-if-RKI Antiinfektiva-Surveillance: 9. Krankenhausvergleichsreport
Quellenangabe	<a href="http://www.antiinfektiva-surveillance.de">www.antiinfektiva-surveillance.de</a>

## Fachliche Anforderungen an die Apotheke nach den Kriterien der LAK RLP und nach DIN EN ISO 9001:2008

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 03.08.2023
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog

## Ringversuch Arzneimittelinformation gem. den Anforderungen des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA)

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat vom 06.01.2022
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	<a href="http://www.adka.de">www.adka.de</a>

## Ringversuch Medikationsanalyse 2022 (Identifizierung arzneimittelbezogener Probleme, Formulierung adäquater Lösungsvorschläge, Erstellung eines Medikationsplans und Erstellung eines Arztbriefes)

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat vom 14.12.2022
Messzeitraum	jährlich

Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	Apothekerkammer Rheinland-Pfalz und der Arzneimittelinformation UKD zur Qualitätssicherung

#### Zertifizierung der Intensivstationen nach den Anforderungen der Pflege e.V. "Angehörige jederzeit willkommen" (ein erster Schritt zur angehörigengerechten Intensivstation)

Leistungsbereich	Intensivstationen (Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 2024
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Rechenregeln	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Referenzbereiche	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Vergleichswerte	<a href="http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/">http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/</a>
Quellenangabe	<a href="http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/">http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/</a>

#### Ringversuch Medikationsanalyse 2022 (Identifizierung arzneimittelbezogener Probleme, Formulierung adäquater Lösungsvorschläge, Erstellung eines Medikationsplans und Erstellung eines Arztbriefes)

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat vom 15.06.2023
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	Apothekerkammer Rheinland-Pfalz und der Arzneimittelinformation UKD zur Qualitätssicherung

#### Überwachung durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Betriebserlaubnis für Stammzellenlagerung, Knochenbank und Führen eines Blutdepots
Messzeitraum	kontinuierlich, externe Begehung durch das PEI
Datenerhebung	nach AMG, Richtlinie Hämotherapie, GMP
Quellenangabe	Paul-Ehrlich-Institut, AMG, Richtlinie Hämotherapie

#### Informationssicherheitsmanagementsystem (ISO/IEC 27001:2013)

Leistungsbereich	Innovation und Technologie Rhein-Neckar Ludwigshafen GmbH (ITRNLU)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 28.05.2023
Messzeitraum	jährlich

#### Teilnahme an externen Qualitätskontrollen nach RiliBÄK 2019 für alle Bereiche des ILHT.

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Deutschlandweiter Benchmark
Messzeitraum	mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2019 und DIN EN ISO 22870:2016 sowie DIN EN ISO 15189:2014
Vergleichswerte	Benchmark mit Referenzhäusern und Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK 2019 und DIN-Normen
Quellenangabe	<a href="http://www.instandev.de">www.instandev.de</a> , <a href="http://www.rfb.bio">www.rfb.bio</a> , DIN EN ISO 22870:2016 und RiliBÄK 2019

**Akkreditierung klinische Chemie, Molekulare Diagnostik, Mikrobiologie, Serologie, Transfusionsmedizin, POCT**

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Erfolgreiche Akkreditierung 25.04.2022
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Gemäß DIN EN ISO 15189:2014 und DIN EN ISO 22870:2016
Vergleichswerte	Benchmark mit akkreditierten Referenzhäusern und Referenzlaboratorien
Quellenangabe	DIN EN ISO 15189:2014, DIN EN ISO 22870:2016

**Referenzlaboratorium für die Firmen Bio-Rad und Thermo-Fisher**

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich gemäß RiliBÄK 2019
Quellenangabe	www.bio-rad.com, www.thermofisher.com und RiliBÄK 2019

**Laborvergleiche in der Serologie und Stuhldiagnostik**

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	nach DIN EN ISO 15189:2014, nach ESfEQA
Vergleichswerte	Benchmark mit anderen Laboratorien
Quellenangabe	DIN EN ISO 15189:2014, www.Esfqa.eu

**Externe Qualitätssicherung bei der ECAT-Foundation in der Gerinnung und Immunologie**

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich
Vergleichswerte	internationaler Benchmark mit Laboratorien
Quellenangabe	ECAT-Foundation (www.ecat.nl)

**Teilnahme am HAND-KISS, ITS-KISS, OP-KISS**

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	KISS-Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Module unter: <a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>
Rechenregeln	Module unter: <a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>
Referenzbereiche	Referenzdaten unter: <a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>
Vergleichswerte	Referenzdaten unter: <a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>
Quellenangabe	<a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>

**Regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen: Immunhistochemie (HER-2/neu), Proliferation (Ki-67), Progesteronrezeptor, Östrogenrezeptor und weitere.**

Leistungsbereich	Institut für Pathologie
Ergebnis	Erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen laut Vorgaben der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie

Messzeitraum	kontinuierlich
Quellenangabe	Ringversuche der Qualitätssicherungs-Initiative "QUIP" der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen zur diagnostischen Immunhistochemie und Molekularpathologie ( <a href="http://www.quip-ringversuche.de/cgi/surveys">http://www.quip-ringversuche.de/cgi/surveys</a> )

#### Qualitätsindikatoren der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie und NordiQC

Leistungsbereich	Institut für Pathologie
Ergebnis	Ergebnis der Ringversuche
Messzeitraum	3x bis 4x im Jahr
Quellenangabe	<a href="http://www.quip-ringversuche.de/https://www.nordiqc.org">http://www.quip-ringversuche.de/https://www.nordiqc.org</a>

#### Abklärungswürdiger Befund

Leistungsbereich	Institut für Pathologie / Wöchentliche Sitzungen des Senologischen Arbeitskreises
Ergebnis	Kategorisierung nach B-Klassifikation (B1-B5)
Quellenangabe	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms ( <a href="http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html">http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html</a> ) AWMF-Register-Nummer: 032-0450L

#### Deutsches Reanimationsregister

Leistungsbereich	Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin
Ergebnis	Erfassung außerklinisch u. innerklinisch reanimierter Patienten u. Notfallversorgungen in d. Klinik
Messzeitraum	k.A.
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register
Quellenangabe	<a href="https://www.reanimationsregister.de/">https://www.reanimationsregister.de/</a>

#### GeVas Register

Leistungsbereich	Medizinische Klinik A
Ergebnis	Dokumentation Langzeitverlauf v. Vaskulitiden v. Patienten mit neu diagnostizierte Vaskulitis
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	<a href="http://www.vaskulitis-zentrum.uni-luebeck.de">www.vaskulitis-zentrum.uni-luebeck.de</a>

#### JuMBO-Register

Leistungsbereich	Medizinische Klinik A (Rheumatologie)
Ergebnis	Folgeregister
Messzeitraum	halbjährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	<a href="https://www.drfg.de/ueber-uns/patienteninformationen/studien-in-kinder-und-jugendrheumatologie/das-jumbo-register/">https://www.drfg.de/ueber-uns/patienteninformationen/studien-in-kinder-und-jugendrheumatologie/das-jumbo-register/</a>

#### Rhekiss - Schwangerschaftsregister

Leistungsbereich	Medizinische Klinik A (Rheumatologie)
Ergebnis	Erfassung des Krankheitsverlaufs bei Kinderwunsch & Schwangerschaften bei Patientinnen mit Rheuma
Messzeitraum	kontinuierlich

Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	<a href="https://rhekiss.de">https://rhekiss.de</a>

#### ALKK-Koronarangiographie und PCI-Register (verschiedene Indikatoren)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	k. A.
Messzeitraum	offen
Datenerhebung	gem. Protokoll
Rechenregeln	multivariate Analyse
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register
Quellenangabe	k. A.

#### GREAT- Deutsches Register zur renalen Denervation (Komplikationen und Blutdrucksenkung im Langzeitverlauf)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	k. A.
Messzeitraum	offen
Datenerhebung	gem. Protokoll
Rechenregeln	multivariate Analyse
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register
Quellenangabe	k. A.

#### Cardiac Arrest Center (CAC)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B, Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Neurologie, Medizinische Klinik A, ZIR, Medizinische Klinik C, Klinik für Herzchirurgie, Chirurgische Klinik A, Chirurgische Klinik B
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 22.03.2025
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog

#### Deutsches Mitralklappen-Register

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	Darstellung basisdemographischer Daten und Eingriffssicherheit
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Das Register steht allen deutschen Zentren offen, die perkutane Mitralklappenprozeduren durchführen.
Vergleichswerte	Register zur Datensammlung von Patienten
Quellenangabe	<a href="https://zmk.dgk.org/">https://zmk.dgk.org/</a>

#### Komplikationen, Technik (Papillotomieregister Arbeitsgemeinschaft Ltd. gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK) und Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS))

Leistungsbereich	Medizinische Klinik C
------------------	-----------------------

Ergebnis	Anonymer Benchmark
Quellenangabe	Bachor Medical Information (BMI) bzw. Homepage der ALGK

#### Bundesweites Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)

Leistungsbereich	Zentralinstitut für Interventionelle Radiologie
Ergebnis	Zertifizierung nach den Kriterien der DeGIR
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Qualitätsstandards unter: <a href="https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/">https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/</a>
Rechenregeln	Qualitätsstandards unter: <a href="https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/">https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/</a>
Referenzbereiche	Qualitätsstandards unter: <a href="https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/">https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/</a>
Vergleichswerte	Qualitätsstandards unter: <a href="https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/">https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/</a>
Quellenangabe	Qualitätsstandards unter: <a href="https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/">https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/</a>

#### Fachliche Anforderungen an das Brustzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Brustzentrum Ludwigshafen (Frauenklinik)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 05.11.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
Vergleichswerte	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>

#### Fachliche Anforderungen an die Chest Pain Unit nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) für Chest Pain Units

Leistungsbereich	Chest Pain Unit (CPU, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 03.01.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	<a href="https://dgk.org/">https://dgk.org/</a>
Quellenangabe	<a href="https://dgk.org/">https://dgk.org/</a>

#### Fachliche Anforderungen an das Darmzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Darmzentrum Rheinpfalz (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>

Vergleichswerte	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>

**Stationäre Behandlungseinrichtung für Pat. mit Typ 1 u. Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG. Erfüllung der fachlichen Anforderungen gem. den Kriterien d. Deutschen Diabetesgesellschaft.**

Leistungsbereich	Diabeteszentrum
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 30.12.2023
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	<a href="https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html">https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html</a>
Quellenangabe	<a href="https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html">https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html</a>

**Fachliche Anforderungen an das Gefäßzentrum nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)**

Leistungsbereich	Gefäßzentrum (Chirurgische Klinik B)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 31.03.2024
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	<a href="http://www.gefaesschirurgie.de/">http://www.gefaesschirurgie.de/</a>
Quellenangabe	<a href="http://www.gefaesschirurgie.de/">http://www.gefaesschirurgie.de/</a>

**Fachliche Anforderungen an das Hauttumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)**

Leistungsbereich	Hauttumorzentrum Rheinpfalz (Hautklinik)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2023
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm</a>
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm</a>
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm</a>
Vergleichswerte	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm</a>

**Fachliche Anforderungen an das Heart Failure Unit Zentrum nach den Kriterien der Dt. Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Dt. Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)**

Leistungsbereich	Heart Failure Unit Zentrum (HFU, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 09.02.2023
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog

Vergleichswerte	<a href="https://dgk.org/">https://dgk.org/</a> , <a href="https://www.dgthg.de/">https://www.dgthg.de/</a>
Quellenangabe	<a href="https://dgk.org/">https://dgk.org/</a> , <a href="https://www.dgthg.de/">https://www.dgthg.de/</a>

#### Fachliche Anforderungen an das Kopf-Hals-Tumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen (HNO-Klinik und Klinik für MKPG)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumorzentren.htm</a>
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumorzentren.htm</a>
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumorzentren.htm</a>
Vergleichswerte	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumorzentren.htm</a>

#### Fachliche Anforderungen an das Magenzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Magenzentrum (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Vergleichswerte	<a href="http://www.onkozert.de">http://www.onkozert.de</a>
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de">http://www.onkozert.de</a>

#### Fachliche Anforderungen an ein Neuromuskuläres Zentrum nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM)

Leistungsbereich	Neuromuskuläres Zentrum (Klinik für Neurologie)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 01.04.2023
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	<a href="https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren">https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren</a>
Quellenangabe	<a href="https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren">https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren</a>

#### Zentrum für Hämatologische Neoplasien

Leistungsbereich	Onkologisches Zentrum Ludwigshafen (Medizinische Klinik A)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/organ/haematologie/">https://www.onkozert.de/organ/haematologie/</a>
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/organ/haematologie/">https://www.onkozert.de/organ/haematologie/</a>

Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/organ/haematologie/">https://www.onkozert.de/organ/haematologie/</a>
Vergleichswerte	<a href="https://www.onkozert.de/organ/haematologie/">https://www.onkozert.de/organ/haematologie/</a>
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/organ/haematologie/">https://www.onkozert.de/organ/haematologie/</a>

**Fachliche Anforderungen an das Onkologische Zentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)**

Leistungsbereich	Onkologisches Zentrum Ludwigshafen (Medizinische Klinik A)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm">http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm</a>
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm">http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm</a>
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm">http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm</a>
Vergleichswerte	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm">http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm</a>

**Fachliche Anforderungen an das Pankreaskarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)**

Leistungsbereich	Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz (Medizinische Klinik C und Chirurgische Klinik A)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Vergleichswerte	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>

**Fachliche Anforderungen an das Prostatakarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)**

Leistungsbereich	Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz (Urologische Klinik)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.09.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm</a>
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm</a>
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm</a>
Vergleichswerte	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm</a>

**Fachliche Anforderungen an das Regionale Shunt-Zentrum nach den Kriterien verschiedener Fachgesellschaften: DGA, DGfN, DeGIR, DRG u. DGG**

Leistungsbereich	Regionales Shunt-Zentrum (Medizinische Klinik A, Chirurgische Klinik B, Radiologie)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 18.12.2024
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog

Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	<a href="http://www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/zentren-fuer-dialysezugaenge.html">www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/zentren-fuer-dialysezugaenge.html</a>
Quellenangabe	<a href="http://www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/zentren-fuer-dialysezugaenge.html">www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/zentren-fuer-dialysezugaenge.html</a>

#### Zertifizierung eines QM-Systems für eine überregionale Stroke Unit mit 14 Betten nach den Anforderungen der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

Leistungsbereich	Überregionale Stroke Unit (Klinik für Neurologie)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 23.08.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	<a href="http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html">http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html</a>
Quellenangabe	<a href="http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html">http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html</a>

#### Qualitätssicherung bei Schlaganfall Rheinland-Pfalz (APO\_RP) - SQMed

Leistungsbereich	Klinik für Neurologie
Ergebnis	Die Ergebnisse der eigenen Klinik werden dem Gesamtergebnis aller Kliniken in RP gegenübergestellt.
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Referenzbereiche	Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators / Auffälligkeitskriteriums
Vergleichswerte	Die Ergebnisse der eigenen Klinik werden dem Gesamtergebnis aller Kliniken in RP gegenübergestellt.
Quellenangabe	<a href="https://sqmed.de/schlaganfall.php">https://sqmed.de/schlaganfall.php</a>

#### Zertifizierung der Thoraxchirurgie nach den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)

Leistungsbereich	Thoraxzentrum (Chirurgie A)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 28.11.2022
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	<a href="https://dgt-online.de/">https://dgt-online.de/</a>
Quellenangabe	<a href="https://dgt-online.de/">https://dgt-online.de/</a>

#### Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung nach den Anforderungskriterien der DIN EN ISO 13485:2016

Leistungsbereich	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 04.07.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. DIN EN ISO 13485:2016

Rechenregeln	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Referenzbereiche	gem. DIN EN ISO 13485:2016

Qualitätssicherung im Rahmen des BAA-Registers der DGG (Aortenregister)	
Leistungsbereich	Chirurgische Klinik B
Ergebnis	Erfassung sowohl offen-chirurgischer als auch endovaskulär-interventioneller Eingriffe
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	anonym
Vergleichswerte	Nationales Register
Quellenangabe	<a href="https://www.digg-dgg.de/register/baa">https://www.digg-dgg.de/register/baa</a>

Cochlea-Implantat-versorgende Einrichtung	
Leistungsbereich	HNO Klinik
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 14.09.2026
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Kontinuierliche Erhebung im CI-Register
Vergleichswerte	Deutschlandweites Cochlea-Implantat-Register
Quellenangabe	<a href="https://www.clarcert.com/systeme/cive-1/system.html">https://www.clarcert.com/systeme/cive-1/system.html</a>

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2022 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

#### C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Erbrachte Menge	20
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.
Erläuterungen	Die Fallzahlen für die "Komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene" konnten im Berichtsjahr 2022 wegen der Covid-19-Pandemie nicht erreicht werden.

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	35

Stammzelltransplantation	
Erbrachte Menge	19
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.
Erläuterungen	Die Fallzahlen für die "Stammzelltransplantation" konnten im Berichtsjahr 2022 wegen der Covid-19-Pandemie nicht erreicht werden.

**C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	243
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	268
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	45
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	59
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	35
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	39
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	20
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	21
Stammzelltransplantation	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Nein
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	19
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	16
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

**C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

**Strukturqualitätsvereinbarungen**

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma CQ25: Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven
2	Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach	214
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	49
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	48

Eine Fachärztin hat aufgrund einer längeren Erkrankung das Zertifikat im Februar 2023 nachgeliefert.

**C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr****C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie - CH03/MB04 - Nachtschicht	100 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05 - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Nachtschicht	100 %
9	Innere Medizin - Dialyse - Tagschicht	100 %
10	Innere Medizin - Dialyse - Nachtschicht	100 %
11	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Tagschicht	100 %
12	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Nachtschicht	100 %
13	Innere Medizin - GE01 - Tagschicht	100 %
14	Innere Medizin - GE01 - Nachtschicht	100 %
15	Intensivmedizin - HZ01 - Tagschicht	100 %
16	Intensivmedizin - HZ01 - Nachtschicht	100 %
17	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Tagschicht	100 %
18	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Nachtschicht	100 %
19	Herzchirurgie - HZ03 - Tagschicht	100 %
20	Herzchirurgie - HZ03 - Nachtschicht	100 %
21	Innere Medizin, Kardiologie - MA01/ST01 - Tagschicht	100 %
22	Innere Medizin, Kardiologie - MA01/ST01 - Nachtschicht	100 %
23	Gynäkologie und Geburtshilfe - MA03 - Tagschicht	100 %
24	Gynäkologie und Geburtshilfe - MA03 - Nachtschicht	100 %
25	Neurologie - MA03 - Tagschicht	100 %
26	Neurologie - MA03 - Nachtschicht	100 %
27	Innere Medizin, Kardiologie - MA04/MC04 - Tagschicht	100 %
28	Innere Medizin, Kardiologie - MA04/MC04 - Nachtschicht	100 %
29	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Tagschicht	100 %
30	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Nachtschicht	100 %
31	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Tagschicht	100 %
32	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
33	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Tagschicht	100 %
34	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Nachtschicht	100 %
35	Innere Medizin - MB09 - Tagschicht	100 %
36	Innere Medizin - MB09 - Nachtschicht	100 %
37	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Tagschicht	100 %
38	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Nachtschicht	100 %
39	Innere Medizin - MC01 - Tagschicht	100 %
40	Innere Medizin - MC01 - Nachtschicht	100 %
41	Innere Medizin - MC05 - Tagschicht	100 %
42	Innere Medizin - MC05 - Nachtschicht	100 %
43	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Tagschicht	100 %
44	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Nachtschicht	100 %
45	Innere Medizin - MC06 - Tagschicht	100 %
46	Innere Medizin - MC06 - Nachtschicht	100 %
47	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Tagschicht	100 %
48	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Nachtschicht	100 %
49	Neurologie - NE01 - Tagschicht	100 %
50	Neurologie - NE01 - Nachtschicht	100 %
51	Neurologie - NE02 - Tagschicht	100 %
52	Neurologie - NE02 - Nachtschicht	100 %
53	Neurologische Schlaganfallereinheit - NE04 - Tagschicht	0 %
54	Neurologische Schlaganfallereinheit - NE04 - Nachtschicht	0 %
55	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Tagschicht	100 %
56	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Nachtschicht	100 %
57	Allgemeine Chirurgie - UR02 - Tagschicht	100 %
58	Allgemeine Chirurgie - UR02 - Nachtschicht	100 %

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Tagschicht	94,52 %
2	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Nachtschicht	99,45 %
3	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Tagschicht	81,51 %
4	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Nachtschicht	62,08 %
5	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	64,9 %
6	Allgemeine Chirurgie - CH03/MB04 - Nachtschicht	54,44 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05 - Tagschicht	65,61 %
8	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Nachtschicht	66,35 %
9	Innere Medizin - Dialyse - Tagschicht	99,68 %
10	Innere Medizin - Dialyse - Nachtschicht	0 %
11	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Tagschicht	89,32 %
12	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Nachtschicht	96,71 %
13	Innere Medizin - GE01 - Tagschicht	98,68 %
14	Innere Medizin - GE01 - Nachtschicht	65,56 %
15	Intensivmedizin - HZ01 - Tagschicht	89,86 %
16	Intensivmedizin - HZ01 - Nachtschicht	52,6 %
17	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Tagschicht	70,96 %
18	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Nachtschicht	62,47 %
19	Herzchirurgie - HZ03 - Tagschicht	53,42 %
20	Herzchirurgie - HZ03 - Nachtschicht	78,08 %
21	Innere Medizin, Kardiologie - MA01/ST01 - Tagschicht	98,08 %
22	Innere Medizin, Kardiologie - MA01/ST01 - Nachtschicht	98,36 %
23	Gynäkologie und Geburtshilfe - MA03 - Tagschicht	75,56 %
24	Gynäkologie und Geburtshilfe - MA03 - Nachtschicht	100 %
25	Neurologie - MA03 - Tagschicht	64,36 %
26	Neurologie - MA03 - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
27	Innere Medizin, Kardiologie - MA04/MC04 - Tagschicht	86,3 %
28	Innere Medizin, Kardiologie - MA04/MC04 - Nachtschicht	84,38 %
29	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Tagschicht	95,52 %
30	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Nachtschicht	100 %
31	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Tagschicht	72,75 %
32	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Nachtschicht	100 %
33	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Tagschicht	52,6 %
34	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Nachtschicht	52,6 %
35	Innere Medizin - MB09 - Tagschicht	67,05 %
36	Innere Medizin - MB09 - Nachtschicht	63,58 %
37	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Tagschicht	53,97 %
38	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Nachtschicht	61,1 %
39	Innere Medizin - MC01 - Tagschicht	94,79 %
40	Innere Medizin - MC01 - Nachtschicht	100 %
41	Innere Medizin - MC05 - Tagschicht	97,94 %
42	Innere Medizin - MC05 - Nachtschicht	95,06 %
43	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Tagschicht	95,9 %
44	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Nachtschicht	82,79 %
45	Innere Medizin - MC06 - Tagschicht	83,2 %
46	Innere Medizin - MC06 - Nachtschicht	63,36 %
47	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Tagschicht	92,88 %
48	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Nachtschicht	87,12 %
49	Neurologie - NE01 - Tagschicht	95,62 %
50	Neurologie - NE01 - Nachtschicht	62,47 %
51	Neurologie - NE02 - Tagschicht	90,96 %
52	Neurologie - NE02 - Nachtschicht	89,59 %
53	Neurologische Schlaganfallereinheit - NE04 - Tagschicht	67,12 %
54	Neurologische Schlaganfallereinheit - NE04 - Nachtschicht	55,34 %
55	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Tagschicht	96,16 %
56	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Nachtschicht	98,9 %
57	Allgemeine Chirurgie - UR02 - Tagschicht	79,53 %
58	Allgemeine Chirurgie - UR02 - Nachtschicht	52,76 %

