



Klinikum der Stadt
Ludwigshafen am Rhein
gemeinnützige GmbH



Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2024

gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	19
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	21
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	21
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	21
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	22
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	22
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	22
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	28
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	29
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	29
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	30
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	32
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	32
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	33
A-9	Anzahl der Betten	35
A-10	Gesamtfallzahlen	35
A-11	Personal des Krankenhauses	35
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	35
A-11.2	Pflegepersonal	35
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	37
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	40
A-12.1	Qualitätsmanagement	40
A-12.1.1	Verantwortliche Person	44
A-12.1.2	Lenkungsgremium	44
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	45
A-12.2.1	Verantwortliche Person	45
A-12.2.2	Lenkungsgremium	45
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	45
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	47
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	49
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 Antibiotikaphylaxe 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)	51
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-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	59
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	59
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	62
B-[0105]	Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämato-Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)	62
B-[0105].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[0105].1.1	Fachabteilungsschlüssel	62
B-[0105].1.2	Ärztliche Leitung	62
B-[0105].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	63
B-[0105].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	63
B-[0105].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[0105].6	Hauptdiagnosen nach ICD	66
B-[0105].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	67
B-[0105].6.2	Kompetenzdiagnosen	68
B-[0105].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	68
B-[0105].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	70
B-[0105].7.2	Kompetenzprozeduren	71
B-[0105].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	71

B-[0105].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	72
B-[0105].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	72
B-[0105].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	72
B-[0105].11	Personelle Ausstattung	72
B-[0105].11.1	Ärzte und Ärztinnen	73
B-[0105].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	73
B-[0105].11.1.2	Zusatzweiterbildung	73
B-[0105].11.2	Pflegepersonal	73
B-[0105].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	74
B-[0105].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	75
B-[0200]	Klinik für Geriatrie	76
B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-[0200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	76
B-[0200].1.2	Ärztliche Leitung	76
B-[0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	77
B-[0200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	77
B-[0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	79
B-[0200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	79
B-[0200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	80
B-[0200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	81
B-[0200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	82
B-[0200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	83
B-[0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	83
B-[0200].11	Personelle Ausstattung	83
B-[0200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	83
B-[0200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	84
B-[0200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	84
B-[0200].11.2	Pflegepersonal	84
B-[0200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	85
B-[0200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	85
B-[0300]	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)	86
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	86

B-[0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	86
B-[0300].1.2	Ärztliche Leitung	86
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	86
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	87
B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-[0300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	89
B-[0300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	90
B-[0300].6.2	Kompetenzdiagnosen	91
B-[0300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	91
B-[0300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	93
B-[0300].7.2	Kompetenzprozeduren	94
B-[0300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	94
B-[0300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	95
B-[0300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	96
B-[0300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	96
B-[0300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	97
B-[0300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	98
B-[0300].11	Personelle Ausstattung	99
B-[0300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	99
B-[0300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	99
B-[0300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	99
B-[0300].11.2	Pflegepersonal	99
B-[0300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	100
B-[0300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	100
B-[0700]	Medizinische Klinik C (Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Gastrointestinale Onkologie)	102
B-[0700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	102
B-[0700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	102
B-[0700].1.2	Ärztliche Leitung	102
B-[0700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	102
B-[0700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	103
B-[0700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	104
B-[0700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	105
B-[0700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	106

B-[0700].6.2	Kompetenzdiagnosen	107
B-[0700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	107
B-[0700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	108
B-[0700].7.2	Kompetenzprozeduren	109
B-[0700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	110
B-[0700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	110
B-[0700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	111
B-[0700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	111
B-[0700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	112
B-[0700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	113
B-[0700].11	Personelle Ausstattung	113
B-[0700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	113
B-[0700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	113
B-[0700].11.1.2	Zusatzweiterbildung	114
B-[0700].11.2	Pflegepersonal	115
B-[0700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	115
B-[0700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	116
B-[1500]	Chirurgische Klinik A (Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)	117
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	117
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	117
B-[1500].1.2	Ärztliche Leitung	117
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	119
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	119
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	121
B-[1500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	121
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	122
B-[1500].6.2	Kompetenzdiagnosen	123
B-[1500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	124
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	125
B-[1500].7.2	Kompetenzprozeduren	126
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	126
B-[1500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	127
B-[1500].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	127

B-[1500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	128
B-[1500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	129
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	130
B-[1500].11	Personelle Ausstattung	130
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	130
B-[1500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	130
B-[1500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	130
B-[1500].11.2	Pflegepersonal	130
B-[1500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	131
B-[1500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	132
B-[1518]	Chirurgische Klinik B (Klinik für Gefäßchirurgie)	133
B-[1518].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	133
B-[1518].1.1	Fachabteilungsschlüssel	133
B-[1518].1.2	Ärztliche Leitung	133
B-[1518].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	134
B-[1518].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	134
B-[1518].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	135
B-[1518].6	Hauptdiagnosen nach ICD	135
B-[1518].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	136
B-[1518].6.2	Kompetenzdiagnosen	137
B-[1518].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	137
B-[1518].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	138
B-[1518].7.2	Kompetenzprozeduren	139
B-[1518].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	141
B-[1518].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	141
B-[1518].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	141
B-[1518].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	143
B-[1518].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	143
B-[1518].11	Personelle Ausstattung	143
B-[1518].11.1	Ärzte und Ärztinnen	143
B-[1518].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	143
B-[1518].11.1.2	Zusatzweiterbildung	144
B-[1518].11.2	Pflegepersonal	144

B-[1518].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	145
B-[1518].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	145
B-[2100]	Klinik für Herzchirurgie	146
B-[2100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	146
B-[2100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	146
B-[2100].1.2	Ärztliche Leitung	146
B-[2100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	146
B-[2100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	147
B-[2100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	148
B-[2100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	148
B-[2100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	149
B-[2100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	150
B-[2100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	151
B-[2100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	152
B-[2100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	153
B-[2100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	153
B-[2100].11	Personelle Ausstattung	153
B-[2100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	153
B-[2100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	153
B-[2100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	153
B-[2100].11.2	Pflegepersonal	153
B-[2100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	155
B-[2100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	155
B-[2200]	Urologische Klinik	156
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	156
B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	156
B-[2200].1.2	Ärztliche Leitung	156
B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	157
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	157
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	158
B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	158
B-[2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	159
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen	160

B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	160
B-[2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	161
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren	162
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	164
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	164
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	166
B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	166
B-[2200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	167
B-[2200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	168
B-[2200].11	Personelle Ausstattung	168
B-[2200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	168
B-[2200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	168
B-[2200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	169
B-[2200].11.2	Pflegepersonal	169
B-[2200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	171
B-[2200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	171
B-[2400]	Frauenklinik und Geburtshilfe	172
B-[2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	172
B-[2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	172
B-[2400].1.2	Ärztliche Leitung	172
B-[2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	173
B-[2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	173
B-[2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	174
B-[2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	174
B-[2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	175
B-[2400].6.2	Kompetenzdiagnosen	176
B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	177
B-[2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	178
B-[2400].7.2	Kompetenzprozeduren	179
B-[2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	180
B-[2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	181
B-[2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	182
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	182

B-[2400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	184
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	184
B-[2400].11	Personelle Ausstattung	184
B-[2400].11.1	Ärzte und Ärztinnen	184
B-[2400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	185
B-[2400].11.1.2	Zusatzweiterbildung	185
B-[2400].11.2	Pflegepersonal	185
B-[2400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	186
B-[2400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	187
B-[2600]	Hals-Nasen-Ohren-Klinik	188
B-[2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	188
B-[2600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	188
B-[2600].1.2	Ärztliche Leitung	188
B-[2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	189
B-[2600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	189
B-[2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	190
B-[2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	190
B-[2600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	191
B-[2600].6.2	Kompetenzdiagnosen	192
B-[2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	193
B-[2600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	194
B-[2600].7.2	Kompetenzprozeduren	195
B-[2600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	196
B-[2600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	196
B-[2600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	198
B-[2600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	198
B-[2600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	199
B-[2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	200
B-[2600].11	Personelle Ausstattung	200
B-[2600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	200
B-[2600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	201
B-[2600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	201
B-[2600].11.2	Pflegepersonal	201
B-[2600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /	202

akademische Abschlüsse

B-[2600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	202
B-[2700]	Augenklinik	204
B-[2700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	204
B-[2700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	204
B-[2700].1.2	Ärztliche Leitung	204
B-[2700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	205
B-[2700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	205
B-[2700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	206
B-[2700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	206
B-[2700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	207
B-[2700].6.2	Kompetenzdiagnosen	209
B-[2700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	209
B-[2700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	210
B-[2700].7.2	Kompetenzprozeduren	211
B-[2700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	211
B-[2700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	212
B-[2700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	213
B-[2700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	215
B-[2700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	215
B-[2700].11	Personelle Ausstattung	216
B-[2700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	217
B-[2700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	217
B-[2700].11.2	Pflegepersonal	217
B-[2700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	218
B-[2700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	218
B-[2800]	Neurologische Klinik	220
B-[2800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	220
B-[2800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	220
B-[2800].1.2	Ärztliche Leitung	220
B-[2800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	221
B-[2800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	221
B-[2800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	222

B-[2800].6	Hauptdiagnosen nach ICD	223
B-[2800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	224
B-[2800].6.2	Kompetenzdiagnosen	225
B-[2800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	225
B-[2800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	226
B-[2800].7.2	Kompetenzprozeduren	228
B-[2800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	228
B-[2800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	229
B-[2800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	231
B-[2800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	231
B-[2800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	231
B-[2800].11	Personelle Ausstattung	231
B-[2800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	231
B-[2800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	231
B-[2800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	232
B-[2800].11.2	Pflegepersonal	232
B-[2800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	233
B-[2800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	233
B-[3300]	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie	234
B-[3300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	234
B-[3300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	234
B-[3300].1.2	Ärztliche Leitung	234
B-[3300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	234
B-[3300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	234
B-[3300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	235
B-[3300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	236
B-[3300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	237
B-[3300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	238
B-[3300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	239
B-[3300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	240
B-[3300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	241
B-[3300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	241
B-[3300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	241
B-[3300].11	Personelle Ausstattung	241

B-[3300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	241
B-[3300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	242
B-[3300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	242
B-[3300].11.2	Pflegepersonal	242
B-[3300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	243
B-[3300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	243
B-[3400]	Hautklinik	244
B-[3400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	244
B-[3400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	244
B-[3400].1.2	Ärztliche Leitung	244
B-[3400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	244
B-[3400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	244
B-[3400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	246
B-[3400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	246
B-[3400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	247
B-[3400].6.2	Kompetenzdiagnosen	248
B-[3400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	248
B-[3400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	249
B-[3400].7.2	Kompetenzprozeduren	250
B-[3400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	251
B-[3400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	251
B-[3400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	252
B-[3400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	252
B-[3400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	253
B-[3400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	254
B-[3400].11	Personelle Ausstattung	254
B-[3400].11.1	Ärzte und Ärztinnen	254
B-[3400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	254
B-[3400].11.1.2	Zusatzweiterbildung	254
B-[3400].11.2	Pflegepersonal	255
B-[3400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	255
B-[3400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	256

B-[3500]	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie	257
B-[3500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	257
B-[3500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	257
B-[3500].1.2	Ärztliche Leitung	257
B-[3500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	257
B-[3500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	257
B-[3500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	258
B-[3500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	259
B-[3500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	260
B-[3500].6.2	Kompetenzdiagnosen	260
B-[3500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	261
B-[3500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	262
B-[3500].7.2	Kompetenzprozeduren	263
B-[3500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	263
B-[3500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	266
B-[3500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	267
B-[3500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	268
B-[3500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	269
B-[3500].11	Personelle Ausstattung	269
B-[3500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	269
B-[3500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	269
B-[3500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	269
B-[3500].11.2	Pflegepersonal	269
B-[3500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	271
B-[3500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	272
B-[3600]	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin	273
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	273
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	273
B-[3600].1.2	Ärztliche Leitung	273
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	274
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	274
B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	275
B-[3600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	275
B-[3600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	276

B-[3600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	277
B-[3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	278
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	280
B-[3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	280
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	280
B-[3600].11	Personelle Ausstattung	280
B-[3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	280
B-[3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	281
B-[3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	281
B-[3600].11.2	Pflegepersonal	281
B-[3600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	282
B-[3600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	282
B-[3700]	Klinik für Akut- und Notfallmedizin	283
B-[3793].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	283
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	283
B-[3793].1.1	Fachabteilungsschlüssel	283
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	283
B-[3700].1.2	Ärztliche Leitung	283
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	284
B-[3700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	284
B-[3700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	284
B-[3700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	285
B-[3700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	285
B-[3700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	285
B-[3700].11	Personelle Ausstattung	285
B-[3700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	285
B-[3700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	285
B-[3700].11.1.2	Zusatzweiterbildung	285
B-[3700].11.2	Pflegepersonal	285
B-[3700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	287
B-[3700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	287
B-[3700_1]	Apotheke	288

B-[3700_1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	288
B-[3700_1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	288
B-[3700_1].1.2	Ärztliche Leitung	288
B-[3700_1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	288
B-[3700_1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	289
B-[3700_1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	291
B-[3700_1].11	Personelle Ausstattung	291
B-[3700_1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	291
B-[3700_1].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	292
B-[3700_2]	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin	293
B-[3700_2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	293
B-[3700_2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	293
B-[3700_2].1.2	Ärztliche Leitung	293
B-[3700_2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	293
B-[3700_2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	293
B-[3700_2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	295
B-[3700_2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	296
B-[3700_2].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	296
B-[3700_2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	297
B-[3700_2].11	Personelle Ausstattung	297
B-[3700_2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	297
B-[3700_2].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	297
B-[3700_2].11.1.2	Zusatzweiterbildung	297
B-[3700_2].11.2	Pflegepersonal	298
B-[3700_3]	Institut für Pathologie	299
B-[3700_3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	299
B-[3700_3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	299
B-[3700_3].1.2	Ärztliche Leitung	299
B-[3700_3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	299
B-[3700_3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	299
B-[3700_3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	302
B-[3700_3].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	302

B-[3700_3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	302
B-[3700_3].11	Personelle Ausstattung	302
B-[3700_3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	302
B-[3700_3].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	303
B-[3700_3].11.2	Pflegepersonal	303
B-[3700_4]	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin	304
B-[3700_4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	304
B-[3700_4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	304
B-[3700_4].1.2	Ärztliche Leitung	304
B-[3700_4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	305
B-[3700_4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	305
B-[3700_4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	307
B-[3700_4].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	307
B-[3700_4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	307
B-[3700_4].11	Personelle Ausstattung	307
B-[3700_4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	307
B-[3700_4].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	307
B-[3700_4].11.1.2	Zusatzweiterbildung	307
B-[3700_4].11.2	Pflegepersonal	307
B-[3751]	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	308
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	308
B-[3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel	308
B-[3751].1.2	Ärztliche Leitung	308
B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	308
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	308
B-[3751].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	310
B-[3751].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	311
B-[3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	312
B-[3751].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	313
B-[3751].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	313
B-[3751].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	313
B-[3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	314

B-[3751].11	Personelle Ausstattung	314
B-[3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen	314
B-[3751].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	314
B-[3751].11.2	Pflegepersonal	314
C	Qualitätssicherung	317
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	317
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	317
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	319
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	319
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	438
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	438
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	439
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	453
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	453
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	453
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	454
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	454
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	454
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	454
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	456
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	456
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	457

Einleitung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Jan Stanslowski
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 2008
E-Mail	stanslowskij@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	http://www.klilu.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	https://www.klilu.de/presse_termine/downloads/qualitaetsbericht/index_ger.html

A-Teil



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	Bremserstr.
Hausnummer	79
IK-Nummer	260730116
Standort-Nummer	772801000
Telefon-Vorwahl	0621
Telefon	5030
E-Mail	info@klilu.de
Krankenhaus-URL	http://www.klilu.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Jan Stanslowski
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 2008
E-Mail	stanslowskij@klilu.de

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Medizinische Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Dr. Vanessa Bähner
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 4590
E-Mail	baehnerg@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

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP02 - Akupunktur Die Geburtshilfe bietet den Gebärenden geburtshilfliche Akupunktur an.
2	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare Generelle Möglichkeit zum Angehörigengespräch mit den zuständigen Stationsärzten, auch auf den Intensivstationen. Zertifikat: "Angehörigenfreundliche Intensivstation". Infomaterial auf der Stroke Unit für Patienten & Angehörige. Vorträge in der VHS Mannheim. "Schlaganfallbus".
3	MP04 - Atemgymnastik/-therapie Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin (IPRM) bietet Patienten aller Fachabteilungen die Möglichkeit der Atem- und Entspannungstherapie an.
4	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern 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.
5	MP06 - Basale Stimulation Die Anwendung von Expertenstandards und verschiedener Pflegekonzepte wird für Pflegekräfte im Alltag spürbar. Beratend und begleitend stehen Pflegeexpertinnen, Praxisbegleiter für Basale Stimulation in der Pflege und Kinästhetik-Trainer zur Verfügung.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
6	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.
	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
7	Wir verfügen über Ethische Leitlinien im Umgang mit Sterbenden + einen Leitfaden für Hinterbliebene. Angebot zur palliativen Sterbebegleitung & bei Bedarf wird eine ambulante Betreuung durch den Hospizdienst vermittelt. Geriatrie standardisiertes Behandlungskonzept für Sterbende (CL Palliativ, ...)
	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
8	Das Zentrum für ambulante Rehabilitation bietet zusammen mit der Klinik für Gefäßchirurgie eine Gefäßsportgruppe zur Verbesserung der 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 Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin 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	Alle Patienten erhalten ein Ernährungsassessment. Bei einem Risiko für Mangelernährung erfolgt eine Ernährungsberatung durch eine Ernährungsberaterin oder Ökotrophologin. Diese führt nach Anordnung 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 Einweisende und Mitarbeitende 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.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
17	MP21 - Kinästhetik Der Grundkurs "Kinästhetik in der Pflege" ist Teil der Ausbildung im Klinikum Ludwigshafen.
18	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung Es werden spez. Methoden von funktioneller Krankengymnastik, Biofeedback- & Elektrotherapie bis zur medikamentösen Behandlung angeboten (IPRM: Amb. + stat.). Sollte eine Operation notwendig sein, steht im Kontinenz- & Beckenboden-Zentrum ein spezialisiertes interdisziplinäres OP-Team zur Verfügung.
19	MP24 - Manuelle Lymphdrainage Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit der Manuellen Lymphdrainage an.
20	MP25 - Massage Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen verschiedene Massagen an (Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Segmentmassage).
21	MP26 - Medizinische Fußpflege Während Ihres Aufenthaltes im Klinikum haben Patienten die Möglichkeit, eine externe medizinische Fußpflege in Anspruch zu nehmen.
22	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie Die Geburtshilfe bietet eine homöopathische Versorgung an.
23	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Manuelle Therapie an.
24	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Physikalische Therapie (z.B. Hydrotherapie "Heiße Rolle", Ultraschalltherapie und Elektrotherapie) an.
25	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie 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).
26	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse Die Ambulanz des Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet den Präventionskurs "Aufrichtung und Entlastung der Wirbelsäule"-gesundheitsbewusstes Rückentraining nach §20 SGB V an.
27	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst Den Patienten der onkologischen Zentren/Abteilungen + Palliativpatienten bietet das Klinikum Beratung und Unterstützung durch Psychoonkologen an. Die Versorgung umfasst Patientengespräche, die Einbeziehung Angehöriger, Öffentlichkeitsarbeit und Schulungsangebote für Mitarbeitende.
28	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik Für die Therapeuten des Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin ist die Haltungsschule wichtiger Bestandteil ihrer Therapie in allen stationären Fachbereichen sowie im ambulanten Bereich.
29	MP37 - Schmerztherapie/-management 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 implementiert.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP38 - Sehschule/Orthoptik
30	Die Augenklinik bietet in ihrer integrierten Sehschule die Untersuchung von Augenbewegungsstörungen (z.B. Schielen und Augenzittern), Sehschwächen und aller damit zusammenhängenden Krankheitsbilder an.
31	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen Das Krankenhaus bietet über verschiedene Kliniken/Abteilungen patientenadaptierte Leistungen (z.B. Seminare, Vorträge, Infoveranstaltungen, Gesundheitscampus) an. Weitere Informationen hierzu finden interessierte und betroffene auf der Homepage des Klinikums (www.klilu.de).
	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
32	Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet z.B. autogenes Training, die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Meditation und Yoga an.
33	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen Die Geburtshilfe bietet verschiedene Geburtsmöglichkeiten und Homöopathie unter der Geburt an. Schmerzlinderung, unter anderem als therapeutische Intervention, kann durchgeführt werden.
	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
34	Eine Pflegefachberatung und Pflegeprozessbegleitung findet durch Pflegeexpertinnen statt. In den stationären Bereichen erfolgt die tägliche Pflegeübergabe vom Früh- zum Spätdienst im Patientenzimmer.
35	MP43 - Stillberatung Die Geburtshilfe bietet Stillberatung an. Es besteht eine Kooperation mit dem Stillcafe im Heinrich-Pesch-Haus Ludwigshafen.
36	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie Neben der Behandlung von Sprach-/Sprechstörungen wird bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten insb. die Diagnostik/Therapie von Schluckstörungen zur Vorbeugung von Aspirationspneumonien fokussiert. Bei Bedarf werden besondere diagn. Maßnahmen, z.B. videoendoskop. Schluckuntersuchung, eingesetzt.
37	MP45 - Stomatherapie/-beratung 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.
38	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik 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 beibehalten bzw. erfolgen kann.
39	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet verschiedene Wärme-/Kältetherapien an (z.B. Heiße Rolle, Fango).
40	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik Die Wochenbettgymnastik findet im Rahmen der physiotherapeutischen Versorgung nach der Entbindung statt.
41	MP51 - Wundmanagement Die optimale Versorgung chronischer Wunden wird über Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, so wie kontinuierliche Fortbildungen zum Thema "modernes Wundmanagement" für alle Berufsgruppen mit Patientenkontakt, gewährleistet. Wundtherapeuten und Wundassistenten (DGFW) unterstützen die Pflegekräfte.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
42	Die Kliniken, Tumorzentren und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit diversen Selbsthilfegruppen (u. a. Frauenselbsthilfe nach Krebs, Deutsche ILCO e.V. etc.) zusammen.
	MP53 - Aromapflege/-therapie
43	Der Kreißsaal bietet den Gebärenden geburtshilfliche Aromapflege an.
	MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik
44	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.
	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
45	Therapeuten des IPRM bieten allen Fachabteilungen ein Hirnleistungstraining an. In der Neuro werden systematisierte kognitive Basisassessments angeboten. Neuropsychologen gewährleisten bei Bedarf eine eingehende neurokognitive Testung sowie Betreuung der Betroffenen. Geriatrie: Einsatz Tover-Tafel
	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
46	Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis nach PNF an.
	MP62 - Snoezelen
47	Im angegliederten Pflegeheim des Klinikums wird eine spezielle gerontopsychiatrische Betreuung für Demenzerkrankte angeboten. Das Angebot wird durch einen Snoezelraum ergänzt.
	MP63 - Sozialdienst
48	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- Beratung und Organisation der Anschlussversorgung .
	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
49	Es werden regelmäßig Informations- & 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 werden Vorträge gehalten.
	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
50	Die Geburtshilfe bietet u.a. Neugeborenenenscreening inkl. Hörscreening an. Es werden regelmäßig Kreißsaalführungen angeboten werden. Eltern können bei Kooperationspartnern das Elterncafé für einen gemeinsamen Austausch nutzen.
	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
51	Die Neurologie bietet spez. Diagnostik für Patienten mit neuromuskulären Erkrank. an. Es bestehen Spezialsprechstunden zu „Multiple Sklerose & andere entzündlichen Erkrank.“, Botox-Therapie, elektromyografische + -neurografische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien.
	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
52	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.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP70 - Spezielles Leistungsangebot für an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten
53	Die Klinik verfügt über ein Konzept: "Prävention, Diagnostik und Therapie des deliranten Syndroms" welches die Demenz in vielen Teilen mit einschließt. Außerdem bestehen Kooperationen mit externen Psychotherapeuten.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM02: Ein-Bett-Zimmer Bei Verfügbarkeit besteht auf Wunsch für Patienten gegen zusätzliches Entgelt die Möglichkeit in einem Ein-Bett-Zimmer untergebracht zu werden. https://www.kilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_112023_ger.pdf
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle 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.kilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_112023_ger.pdf
3	NM07: Rooming-in 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.kilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie_geburtshilfe/geburtshilfe/index_ger.html
4	NM05: Mutter-Kind-Zimmer 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.kilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie_geburtshilfe/geburtshilfe/index_ger.html
5	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) 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.kilu.de/patienten_besucher/besucher/gaestezimmer/index_ger.html
6	NM10: Zwei-Bett-Zimmer Bei Verfügbarkeit ist auf Wunsch eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer möglich. https://www.kilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_112023_ger.pdf
7	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Bei Verfügbarkeit ist eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer mit separater Nasszelle und Dusche möglich. https://www.kilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_112023_ger.pdf
8	NM40: Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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. https://www.kilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/gruene_damen_und_herren/index_ger.html

#	Leistungsangebot
9	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung 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. https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html
10	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen 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. https://www.klilu.de/presse_termine/termine_veranstaltungen/index_ger.html
11	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen 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.
12	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen Unter Berücksichtigung der medizinischen + pflegerischen Betreuung stehen den Patienten verschiedene Menüs zur Auswahl (muslimisch, glutenfrei, vegetarisch/vegan) beschrieben im Kostformkatalog. Darüber hinaus stehen Ernährungsberaterinnen und eine Ökotrophologin zur Beratung zur Verfügung. https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html
13	NM68: Abschiedsraum 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. https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html
14	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) Alle Serviceleistungen (z.B. Wahlleistungen, Cafeteria, Bibliothek, etc.) sind auf der Internetseite "KliLu von A-Z" aufgeführt. https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	MA Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Frau Mona Ruhl
Telefon	0621 503 21145
Fax	0621 503 2120
E-Mail	RUHLM@KLILU.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift Für sehbehinderte Patienten stehen im Klinikum Ludwigshafen ein spezifischer Aufzug im Haus H zur Verfügung.
2	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung Die Schilder des Wegeleitsystems sind in gut lesbarer und kontrastreicher Beschriftung überwiegend in Augenhöhe angebracht.
3	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen 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.
4	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen Auf dem Klinikgelände sind 10 Behindertenparkplätze vorhanden. Alle Klinikgebäude sind entweder ebenerdig, über rollstuhlgerechte Aufzüge oder über spezielle Rampen zu erreichen.
5	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen Das Klinikum Ludwigshafen verfügt teilweise über Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche.
6	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen Die Eingangsbereiche, die Zentrale Patientenaufnahme sowie die Stationen/Therapiezentren des Klinikums Ludwigshafen können entweder ebenerdig, über rollstuhlgerechte Aufzüge oder über spezielle Rampen erreicht werden.
7	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) Das Klinikum Ludwigshafen verfügt klinikweit über gut ausgestattete Aufzüge, welche von Patienten mit Rollstuhl genutzt werden können. Die selbständige Zugänglichkeit ist hausweit gegeben.
8	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über gut ausgestattete Toiletten zur Nutzung durch Besucher mit einem Rollstuhl. Die selbständige Zugänglichkeit ist hausweit gegeben.
9	BF11 - Besondere personelle Unterstützung 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.
10	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen In jedem Patientenzimmer des Klinikums befinden sich akustische/visuelle Signalanlagen (Patientenruf).
11	BF36 - Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten 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.
12	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige Alle Fachabteilungen des Klinikums sind mit einem Aufzug erreichbar. Die Aufzüge verfügen vollständig über visuelle Stockwerksanzeigen.

#	Aspekte der Barrierefreiheit
	BF38 - Kommunikationshilfen
13	Den Mitarbeitenden des Klinikums stehen Kommunikationshilfen, sogenannte Erste Hilfe Piktogramme in 14 Sprachen in Wort und Bild, für eine leichtere Kommunikation mit den Patienten zur Verfügung.
	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
14	Im Klinikum Ludwigshafen kommen verschiedene Piktogramme (z.B. Notausgang, Rettungszeichen, Händehygiene) zum Einsatz. Für die Patientenkommunikation wird zudem ein Fächer in Wort und Bild verwendet.
	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
15	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.
	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
16	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 einigen Stationen zur Verfügung.
	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
17	Dem Klinikum Ludwigshafen stehen elektrisch verstellbare Betten zur Verfügung, die auch für ein hohes Gewicht und besondere Körperlänge ausgelegt sind. Bei Bedarf werden Schwerlastbetten, spezielle Matratzen bzw. druckentlastende Prophylaxematratzen für schwergewichtige Patienten bis 400kg bestellt.
	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
18	Dem Klinikum Ludwigshafen stehen verstellbare OP-Tische für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.
	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
19	Dem Klinikum Ludwigshafen stehen Bettwaagen, Blutdruckmanschetten, etc. für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.
	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
20	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.
	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
21	Im Klinikum sind verschiedene Hilfsmittel für Patienten mit besonderem Übergewicht vorhanden.
	BF23 - Allergenarme Zimmer
22	In der Medizinischen Klinik A gibt es für Leukämie-Patienten fünf allergenarme Zimmer, die ausschließlich über eine Schleuse betreten werden können.
	BF24 - Diätetische Angebote
23	Patienten 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.

#	Aspekte der Barrierefreiheit
	BF25 - Dolmetscherdienst
24	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.
	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
25	Für eine medizinische Behandlung ohne Sprachbarriere stehen Mitarbeitenden aller Berufsgruppen, mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen, zur Verfügung.
	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
26	Teilweise stehen verschiedene Informationsmaterialien und Flyer in mehreren Sprachen zu dem Leistungsspektrum des Klinikums zur Verfügung.
	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
27	Die Klinikapelle ist jederzeit geöffnet & steht zum persönlichem Gebet & zur Besinnung zur Verfügung. Sie ist barrierefrei zu erreichen. Gottesdienste werden durch Aushänge angekündigt & in die Krankenzimmer übertragen. Zusätzlich gibt es zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen/Männern.
	BF39 - Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses
28	https://www.kli.lu.de/e48176/e48180/Barrierefreiheit_KlinikumLudwigshafen_ger.pdf
	BF40 - Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage
29	Auf der Internetseite ist eine Vergrößerung und Verkleinerung der Ansichten über A+ möglich.
	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
30	Im Klinikum sind barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme in allen relevanten Bereichen wie Patientenzimmern, Behandlungsräumen und Sanitäranlagen gewährleistet. Dadurch ist eine uneingeschränkte Erreichbarkeit von Hilfeleistungen für mobilitätseingeschränkte Personen gesichert.

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.

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
5	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien 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
6	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien 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.
7	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien 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).
8	FL08 - Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher Zahlreiche Chefarzte, Fachärzte, Abteilungsleiter und andere Fachkräfte veröffentlichen Beiträge in wissenschaftlichen Journalen oder Lehrbüchern.
9	FL09 - Doktorandenbetreuung Im Klinikum Ludwigshafen werden Doktoranden in den verschiedenen Fachkliniken und medizinischen Instituten betreut.

Zusatz zu FL03 Studierendenausbildung

Das KliLu ist akademisches Lehrkrankenhaus (29 Studierende Uni Mainz, 20 Plätze medizinischen Fakultät Mannheim). Neben den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin und ambulante Medizin (nur Mannheim) werden die Wahlpflichtfächer Anästhesiologie, Augenheilkunde, Dermatologie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Radiologie und Urologie sowie (nur Mainz) HNO-Heilkunde und Allgemeinmedizin angeboten. Studierenden anderer med. Fakultäten, auch aus dem europäischen Ausland, wird eine Famulatur ermöglicht.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin An der KliLu eigenen Pflegeakademie werden jedes Jahr 180 GKP's ausgebildet, die letzten schließen diese Ausbildung 2023 ab. Ab 2024 wird nur noch die generalistische Pflegeausbildung angeboten.
2	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) 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
3	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA) Die ATA-Schule des Klinikums ist staatlich anerkannt. Sie bildet eigene, sowie Auszubildende umliegender kooperierender Krankenhäuser aus. Ausbildungskapazität: 75 Plätze
4	HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen des Klinikums. Ausbildungskapazität: 36 In 2023 keine Aufnahme neuer Schüler, da ab 2024 die Ausbildung Medizinische Technologin/Technologie für Radiologie startet.

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
	HB12 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)
5	Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen. Ausbildungskapazität: 36 Plätze. Max. je 10 Auszubildende pro Jahr nehmen in Kooperation mit der Hochschule Kaiserslautern, Campus Zweibrücken, an dem dualen Studiengang "Medizin- und Biowissenschaften" teil.
	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
6	Schule für Pflegeberufe mit insgesamt 180 Plätze (60/Jahr) für eigene sowie Azubis kooperierender Krankenhäuser; Azubis kooperierender Einrichtungen werden praktische Einsätze im KliLu ermöglicht. Im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU wird ein Stationseinsatz im europäischen Ausland ermöglicht.
	HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.
7	Seit Oktober 2021 bietet das Klinikum in Kooperation mit der DHBW Mannheim den dualen Studiengang "Pflegefachfrau/ Pflegefachmann B. Sc." an.
	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
8	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.
	HB06 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin
9	Das Klinikum Ludwigshafen bietet Schülern verschiedener Ergotherapie-Schulen im Umkreis von Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung.
	HB11 - Podologe und Podologin
10	Das Klinikum Ludwigshafen ist praktischer Ausbildungspartner für Schüler der IB Schulen in Mannheim und Trier (Kooperationsvertrag). Der Einsatz erfolgt in der Hautklinik des Klinikums.
	HB09 - Logopäde und Logopädin
11	Schüler/Studenten externer Ausbildungsstätten können im Klinikum ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren. Eine eigene staatl. anerkannte Schule für Logopädie befindet sich im Aufbau, der erste Kurs startet zum 01.04.2025
	HB16 - Diätassistent und Diätassistentin
12	Schüler externer Ausbildungsstätten können in der Hauptküche/Diätküche des Klinikums ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.
	HB18 - Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
13	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.
	HB21 - Altenpflegerin, Altenpfleger
14	Ausbildung beendet; durch generalistische Pflegeausbildung (HB19) ersetzt;
	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
15	Die staatl. anerkannte Schule für Pflegehilfe hat am 01.09.2024 den Betrieb mit insgesamt 75 Plätzen aufgenommen. Die Schule steht eigenen, sowie Auszubildenden kooperierender Krankenhäuser zur Verfügung.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	1010

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	35270
Teilstationäre Fallzahl	831
Ambulante Fallzahl	99449
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				352,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	349,47	Ohne	2,6
Versorgungsform	Ambulant	20,67	Stationär	331,4

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				184,14
Beschäftigungsverhältnis	Mit	181,54	Ohne	2,6
Versorgungsform	Ambulant	14,8	Stationär	169,34

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt				706,55
Beschäftigungsverhältnis	Mit	706,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	34,89	Stationär	671,66

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				37,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37,07

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

Gesamt				36,41
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	36,41

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,23

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				48,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	48,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	48,48

Ohne Fachabteilungszuordnung

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

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				33,82
Beschäftigungsverhältnis	Mit	33,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	33,82

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				27,7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	27,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	27,65

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				7,68
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,68

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

Gesamt				28,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,46	Stationär	26,81

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt				8,44
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,44

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				178,98
Beschäftigungsverhältnis	Mit	178,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	22,16	Stationär	156,82

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				9,95
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,95

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

Gesamt				1,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,78

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				3,01
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,01

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

Gesamt				4,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,33

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				1,58
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,58

SP17 - Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

SP19 - Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augentoptiker

Gesamt				3,11
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,11

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				25,17
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	25,17

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				23,42
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	23,42

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				4,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,75

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				8,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,83

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

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

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt				1,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				11,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,25

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				6,39
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,39

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				2,35
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,35	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,35

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

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

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				6,28
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,28

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

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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

Gesamt				71,26
Beschäftigungsverhältnis	Mit	71,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	71,26

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

Gesamt				28,71
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	28,71

SP59 - Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Gesamt				3,55
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,55

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt				49,05
Beschäftigungsverhältnis	Mit	49,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	49,05

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt				66,69

Beschäftigungsverhältnis	Mit	66,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	66,69

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Gemeinsam mehr erreichen

Die Qualität der Versorgung sowie die Sicherheit der 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, digitale QB-Treffen wird ein kontinuierlicher Austausch sichergestellt, und Neuerungen, Änderungen sowie wichtige Themen über die QM-Zeitung (Protokoll) in die Klinik kommuniziert. Änderungen in Prozessen, Checklisten usw. werden über den Änderungsdienst an alle Mitarbeiter 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

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 Rheinland-Pfalz

Das Hauttumorzentrum Rheinland-Pfalz 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.

Zentrum für Hämatologische Neoplasien

Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien wurde erstmals 2022 nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Die interdisziplinäre Vernetzung von Spezialisten zählt zu den entscheidenden Aspekten in der modernen Krebsbehandlung.

Cardiac Arrest Center

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

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.

Zertifikat Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie

Das Medizinische Klinik B ist seit 2019 nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung (DGK) mit der Zusatzbezeichnung Interventionelle Kardiologie zertifiziert.

Zertifikat Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie

Das Medizinische Klinik B ist seit 2017 nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung (DGK) mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Rhythmologie zertifiziert.

Cochlea-Implantat-versorgende Einrichtung

Gemäß Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf und Halschirurgie e.V. erfüllt die HNO-Klinik die qualitätssichernden Maßnahmen, die für CI-versorgende Einrichtungen heutzutage gefordert werden.

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 Shuntzentrum

Das Internationale Zertifizierungsinstitut für Management und Personal, ClarCert, bestätigte im Juni 2021 bei der Re-Zertifizierung, 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.

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 15 Überwachungsbetten ausgestattet. Für Patientinnen und Patienten mit einem akuten Schlaganfall steht rund um die Uhr ein kompetentes und engagiertes Behandlungsteam zur Verfügung.

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.

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.

Qualitätszertifikat 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.

Akademische Ausbildungsapotheke

Die Apothekerkammer Hamburg bescheinigt gemäß der Richtlinie zur Akkreditierung von Akademischen Ausbildungsapotheken der Apotheke als Akademische Ausbildungsapotheke akkreditiert zu sein. Die Ausbildung von angehenden Apothekern im Praktischen Jahr (PJ) genießt im Klinikum Ludwigshafen einen hohen Stellenwert. Das ausgestellte Zertifikat unterstreicht die hohe Qualität der Ausbildung und die Attraktivität des Klinikums als Ausbildungsstätte.

Informationssicherheitsmanagementsystem

Das Klinikum Ludwigshafen und die Innovation und Technologie Rhein Neckar Ludwigshafen GmbH (ITRNLU) sind nach der ISO/IEC 27001:2022 zertifiziert.

Akkreditierung Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

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

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.

Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP)

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

Anerkannte Bildungsstätte der DGSV für Personalqualifizierungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Seit 2012 führen wir am KliLu Sach- und Fachkundeführergänge zur Aufbereitung von Medizinprodukten durch. Seit 2015 als zertifizierte Bildungsstätte der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V (DGSV).

Fast 800 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben inzwischen die Schulungen erfolgreich absolviert, darunter viele Mitarbeitenden kooperierender Arztpraxen und Krankenhäuser.

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 und Methoden der Stabsstelle QualitätsmanagementInterne 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.

Patientenbefragungen

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.

Einweiserbefragungen

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.

Mitarbeiterbefragungen

Über Blitzlichtbefragungen zur digitalen Transformation wurden Beschäftigte aus verschiedenen Berufsgruppen befragt. Die Ergebnisse werden regelmäßig auf der Intranetseite des Klinikums veröffentlicht.

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

Critical Incident Reporting System (CIRS): Fehler erkennen und zwar bevor sie passieren. Im KliLu ist das CIRS seit vielen Jahren fest etabliert und Bestandteil einer gelebten Sicherheitskultur. Mitarbeitende können zu jedem Zeitpunkt anonym und sanktionsfrei Fehler, Beinahe-Fehler und Prozessstörungen melden, welche die Patienten- und Mitarbeitersicherheit beeinflussen oder gar gefährden. 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 Prozesse, falls nötig optimiert.

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 über die Lernplattform ILIAS 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.

KRITIS (Kritische Infrastrukturen)

Die IT-Abteilung des Klinikums ist KRITIS-zertifiziert, was bedeutet, dass der höchste Sicherheitsstandard im Bereich der kritischen Infrastrukturen erfüllt wird. Diese Zertifizierung ist entscheidend, um die Verfügbarkeit und Sicherheit der IT-Systeme zu gewährleisten und somit einen reibungslosen Betrieb sowie den Schutz sensibler Patientendaten sicherzustellen.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium**Lenkungsgremium**

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

Wenn ja

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Der medizinische Risikoprozess beschreibt die systematische Identifikation, Bewertung und Steuerung von Risiken, die die Gesundheit und Sicherheit von Patienten betreffen können. Ziel ist es, potenzielle Gefahren zu erkennen, ihre Wahrscheinlichkeit und Schwere zu bewerten und Maßnahmen zu ergreifen, um diese Risiken zu minimieren oder zu vermeiden. Dies umfasst sowohl klinische Risiken (z.B. Komplikationen während einer Behandlung) als auch organisatorische und strukturelle Risiken (z.B. Fehler in der Dokumentation oder im Medikamentenmanagement).

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

A-12.2.1 Verantwortliche Person**Verantwortliche Person**

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Medizinische Geschäftsführerin Dr. Vanessa Bähner
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 2008
E-Mail	baehnerg@klllu.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium**Lenkungsgremium**

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen**Instrumente und Maßnahmen**

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Handbuch Gesamtklinikum, QM-Handbücher der einzelnen Kliniken, Tumorzentren, Zentren sowie in den Verwaltungsbereichen Letzte Aktualisierung: 19.12.2024

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Medizinisches Notfallmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 20.10.2021
5	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Expertenstandard Schmerzmanagement in der Ärztlichen und Pflegerischen Tätigkeit bei akuten, chronischen und tumorbedingten Schmerzen sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 21.03.2023
6	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege" sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 08.07.2024
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Dekubitusprophylaxe sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 07.08.2023
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 23.02.2023
9	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Meldung von mutmaßlichen Vorkommnissen in Verbindung mit Medizinprodukten sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 22.08.2022
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: 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, VA Gemeinsames OP Statut (V.5.0 vom 04.03.2024) Letzte Aktualisierung: 23.07.2024
14	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: CL Patientenvorbereitung auf Station; Spezifische OP-Transferchecklisten für die verschiedenen Eingriffe/Untersuchungen der einzelnen Kliniken Letzte Aktualisierung: 19.08.2025

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
15	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: 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 Letzte Aktualisierung: 19.08.2025
16	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standards und Empfehlungen (Regelungen zu: OP-Transfer Checklisten, Aufwachraum Protokoll, Narkoseprotokoll/ Anordnung für Aufwachraum (Narco-Data), Schmerzscores, Aldrete's Score) sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 19.08.2025
17	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Entlassmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 21.05.2024

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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Gemeinsam aus Fehlern lernen! Dies geschieht im KliLu sowohl über ein internes als auch ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem (Critical Incident Reporting System - CIRS). Das interne Fehlermeldesystem ist fester Bestandteil einer gelebten Sicherheitskultur und ist hausweit etabliert. Sicherheit im Krankenhaus ist die Gesamtheit der Patienten-, Mitarbeiter- und Prozesssicherheit. Mit dem Wissen wo und warum Fehler passieren, können Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt werden, um die Sicherheit zu gewährleisten (zu erhöhen).

Im KliLu gibt es sogenannte Meldekreise, die sich in die Bereiche „operativ“, „konservativ“, „OP & Intensiv“ und „Weitere“ unterteilen. Aus diesen Bereichen sind Mitarbeiter als CIRS-Beauftragte benannt, die als Ansprechpartner und Multiplikator fungieren.

Es finden regelmäßig Schulungen der Mitarbeitenden zum Umgang mit dem CIRS statt, wodurch eine flächendeckende Einbindung der Beteiligten gewährleistet ist. Alle Mitarbeitenden können von den PC-Arbeitsplätzen Fehler, Beinahe-Fehler und Prozessstörungen melden, welche die Patienten- und Mitarbeitersicherheit beeinflussen oder gefährden. Nach erfolgter Anonymisierung der Fallmeldungen werden diese in interdisziplinären Arbeitsgruppen analysiert und bearbeitet. Zugrundeliegende Prozesse werden evaluiert und falls nötig optimiert. Lösungen und Maßnahmen werden zielgerichtet und fallbezogen initiiert, umgesetzt und kommuniziert.

Die Vorstellung relevanter Fallmeldungen erfolgt in den monatlich stattfindenden Qualitätsbeauftragten-Treffen (QB-Treffen), wodurch Transparenz und Nachhaltigkeit gegeben sind. Weitere Informationskanäle sind u.a. das CIRS-Portal im Intranet, die QM-Zeitung, der Pflege-Newsletter oder Fallbesprechungen.

Die Beteiligung an einem einrichtungsübergreifenden CIRS erfolgt durch die CIRS-Koordinatorin, wodurch ein klinikübergreifender Austausch von CIRS-Fallberichten sichergestellt ist.

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 10.10.2023
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: 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

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	3
Erläuterungen	Dr. Sebastian Kevekordes, Annette Barwich, Dr. Meike Ziegler

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	38
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)	6
Erläuterungen	In der Abteilung ist zusätzlich eine Hygienetechnikerin und ein Klinikhygienebeauftragter Arzt beschäftigt.

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	108
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

Kontakt Daten 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@klilu.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 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl

Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)

27

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen

Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)

135

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
	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 (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	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	HM01: Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/ Die Referenzdaten aller teilnehmenden Krankenhäuser sind auf der Homepage des Nationalen Referenzzentrums für Nosokomiale Infektionen verfügbar.
2	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen 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, ONKO-KISS, OP-KISS. Das HAND-KISS ist mit der Bronze-Urkunde ausgezeichnet.
3	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: Teilnahme am MRE-Netzwerk (Multiresistente Erreger) der Metropolregion Rhein-Neckar 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.
4	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Zertifikat Bronze Das Klinikum Ludwigshafen besitzt das Zertifikat in "Bronze". Zusätzlich werden regelmäßig Aktionstage für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige durchgeführt.
5	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich 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.
6	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: halbjährlich 1x jährlich: Pflichtschulung Hygiene für alle MA, hygieneverantwortliche MA Funktion & MFA, Fachkunde 2, OTA-Kurs 2x jährlich: hygienebeauftragte Ärzte & Pflegekräfte, Hygiene-Refresher-Kurs, Refresher-Kurs Aufbereitung MP, Sachkunde, Fachkunde 1, Fachkunde 2

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

- ☒ HAND-KISS
- ☒ ITS-KISS
- ☒ OP-KISS
- ☒ ONKO-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 https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html 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.
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html 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.
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html 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.
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html 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).
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja 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 2024 bei 1,5 Tagen.

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html 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.
7	Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Unsere ehrenamtlicher Patientenführsprecher, Herr Günther Henkel, steht für Anliegen und Beschwerden zur Verfügung. Patienten können einen Gesprächstermin vereinbaren oder telefonisch Kontakt aufnehmen (Tel. 0621 / 503 2260).
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html Anonyme Rückmeldungen können die Patienten entweder per Post direkt an die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten 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).
9	Patientenbefragungen	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/befragung_patientenzufriedenheit/index_ger.html 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.
10	Einweiserbefragungen	Ja Einweiserbefragungen werden von der Stabsstelle Qualitätsmanagement, insbesondere in den Tumorzentren, durchgeführt. Hierbei werden die Erwartungen und Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte identifiziert.

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

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

Patientenführsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenführsprecher
Titel, Vorname, Name	Günther Henkel

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

In der Arzneimittelkommission sind alle Klinik- und Institutsdirektoren/innen, der Ärztliche Direktor, sowie der Chefarztapotheker vertreten.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS

Kontakt Daten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarztapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. Norbert Marxer
Telefon	0621 503 3030
Fax	0621 503 3033
E-Mail	apotheker@klilu.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	8
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	13
Erläuterungen	Beschäftigte Personengruppen (VK) in der Apotheke: Leitender Apotheker 1,00; Fachapotheker 1,73; Apotheker(in) 5,15; Oberarzt(in) 0,5; PKA 5,25; PTA 4,22; Praktikant(in) 0,87; Auszubildende(r) (PKA) 0,81; Hilfskraft 1,00; Sachbearbeiter(in) 0,52; Gesamt 21,05

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. Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden: Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ur-sprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung

angepassten Medikation. Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden. Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umsetzung von Hausmedikation Letzte Aktualisierung: 21.09.2023 Erläuterungen:
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) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA "Umgang mit Arzneimitteln" Letzte Aktualisierung: 23.08.2023 Erläuterungen: 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)
12	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

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 einrichtungübergreifenden 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 Teil A § 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 Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

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.

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 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

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
	SK03: Aufklärung
2	Aufklärung der Mitarbeiter über das bestehende Schutzkonzept; Schulung der Mitarbeiter ; Hinweis auf Leitbild und Verhaltenskodex bei Neueinstellungen; Zurverfügungstellung von Informationsmaterialien an Mitarbeitende
	SK04: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen
3	Verhaltenskodex; VA Umgang mit Minderjährigen; SOP Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmissbrauch
	Letzte Überprüfung: 04.10.2023
	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl
4	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;
	SK07: Sonstiges (Prävention)
5	Meldeverfahren und Anlaufstellen für Übergriffe oder Verdachtsfälle/ Handlungs-Interventionsplan werden im Interventionsstufenplan definiert.
	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
6	Flyer "Soforthilfe bei Vergewaltigung"

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
2	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich
3	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja
4	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja
6	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich
7	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja 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.
8	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja
9	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja Integration in dem Panda-Wärmebett
10	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich
11	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich
12	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja
13	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich

#	Gerätenummer	24h verfügbar
14	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich
15	AA68 - offener Ganzkörper- Magnetresonanztomograph	Ja
16	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja
17	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich Einsatz zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
18	AA30 - Single-Photon- Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich
19	AA70 - Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Ja 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 Thrombolysie nicht möglich ist oder nicht angeschlagen hat.
20	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System	Keine Angabe erforderlich Einsatz des roboterassistierten Operations-Systems „Da Vinci“

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-Teil



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0105] Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämato-Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)



Prof. Dr. med. Raoul Bergner



Prof. Dr. med. Peter Paschka

B-[0105].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

B-[0105].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[0105].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor Rheumatologie und Nephrologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Raoul Bergner
Telefon	0621 503 3900
Fax	0621 503 3977
E-Mail	meda@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/meda

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor Hämato-Onkologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Peter Paschka
Telefon	0621 503 3900
Fax	0621 503 3977
E-Mail	meda@klilu.de

Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/meda

B-[0105].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-[0105].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs, Magen-Darm-Krebs, Brustkrebs
2	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen z. B. autologe Stammzelltransplantation und Therapie akuter Leukämien, malignen Lymphome, multipler Myelome
3	VI45 - Stammzelltransplantation
4	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
5	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
6	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
7	VU15 - Dialyse Therapie mit Nierenersatzverfahren (Hämodialyse, CAPD, Hämofiltration) sowie mit Plasmapherese und Immunadsorption
8	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
9	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
10	VU00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von autoinflammatorischen Erkrankungen
11	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge VI38 - Palliativmedizin
12	Aufbau einer palliativmedizinischen Einheit mit Zentrierung der palliativmedizinischen Behandlung durch ein interdisziplinäres Team, lokalisiert auf 1 Station mit 6-8 Patient*innen, Übernahmeanfrage erfolgt per Konsil
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

#	Medizinische Leistungsangebote
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
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
23	VI20 - Intensivmedizin Zusammen mit der Neurolog. Klinik, Med. Klinik B + C: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung, Dilatationstracheotomie, Hämodialyse/Hämofiltration (Med. Klinik A), Lungenersatzverfahren (ECMO), Herzlungenmaschine, Herzunterstützungssysteme
24	VI27 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka (Hämatologie/Onkologie), Rheumatologische Ambulanz nach §116b SGB V, HIV Ambulanz, MVZ Innere Medizin (Gastroenterologie/Hepatologie, Hämato-Onkologie und Pneumologie), Interdisziplinäre Thoraxonkologische Zweitmeinungssprechstunde
25	VI42 - Transfusionsmedizin
26	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
27	VI40 - Schmerztherapie
28	VI37 - Onkologische Tagesklinik
29	VP14 - Psychoonkologie Das Angebot umfasst: emotionale Entlastung und Unterstützung während Ihrer Behandlung Unterstützung bei Ihrer Krankheitsverarbeitung Aktivierung und Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Ressourcen Imaginations- und Entspannungsverfahren Krisenintervention Infos über ambulante Unterstützung
30	VK00 - („Sonstiges“): Studienzentrum Rheumatologie/Nephrologie In nationalen und internationalen Phase II-IV-Studien werden Patientinnen und Patienten innovative Therapien angeboten, die sonst nicht verfügbar sind. Alternativ werden Therapiekombinationen zugelassener Wirkstoffe untersucht. Daneben werden auch Studien zu neuen Diagnoseverfahren durchgeführt.
31	VK00 - („Sonstiges“): Studienzentrum Onkologie Der Schwerpunkt liegt auf der Durchführung von nationalen und internationalen Phase II-IV-Studien. Die meisten Studien dienen der Erforschung der Wirksamkeit von Therapien von neuen Medikamenten, aber auch von neuen Kombinationen schon bekannter Medikamente.
32	VI00 - („Sonstiges“): Regionales Shuntzentrum (Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge) Das Regionale Shuntzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Gesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG und DDG) zertifiziert. (Zertifikat gültig bis bis 18.12.2027)
33	VX00 - („Sonstiges“): Onkologisches Zentrum Das Onkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2028). Mitglieder des OZ Lu sind die Organtumorzentren (Brust-, Darm-, Hauttumor-, Kopf-Hals-Tumor-, Magenkrebs-, Pankreaskarzinom-, Prostatakarzinomzentrum...s. Homepage)
34	VI00 - („Sonstiges“): Zentrum für Hämatologische Neoplasien Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2028).

#	Medizinische Leistungsangebote
35	VX00 - („Sonstiges“): Kompetenzzentrum für Autoimmunerkrankungen Im Kompetenzzentrum für Autoimmunerkrankungen sind folgende Kliniken/Institute zusammengeschlossen: - Augenklinik - Hautklinik - Institut für Hämostaseologie und Transfusionsmedizin - Institut für Labormedizin - Institut für Pathologie - Med.A - Med.B - Med.C - Neurologische Klinik - Radiologie
36	VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2028)
37	VX00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatische Erkrankungen Leitung des Kernteams
38	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Mitglied im Kernteam
39	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Mitglied im Kernteam
40	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Mitglied im Kernteam
41	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[0105].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1903
Teilstationäre Fallzahl	831

B-[0105].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	174
2	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	152
3	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	145
4	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	145
5	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	134
6	C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	100
7	C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	93
8	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	64
9	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	56
10	M06.90	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	51
11	C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	40
12	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	39
13	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	37
14	E86	Volumenmangel	36
15	C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	35
16	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	32
17	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	31
18	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	30
19	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	28
20	C83.1	Mantelzell-Lymphom	24
21	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	22
22	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	21
23	C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	21
24	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	20
25	D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura	19
26	C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	19
27	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	18
28	M05.90	Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	17
29	C82.3	Follikuläres Lymphom Grad IIIa	17
30	C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	17

B-[0105].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	406
2	C83	Nicht follikuläres Lymphom	246
3	N18	Chronische Nierenkrankheit	204
4	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	197
5	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	158
6	N17	Akutes Nierenversagen	96
7	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	68
8	C92	Myeloische Leukämie	66
9	M06	Sonstige chronische Polyarthritiden	65
10	C82	Follikuläres Lymphom	57
11	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	51
12	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	45
13	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	44
14	C91	Lymphatische Leukämie	43
15	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bestimmter Lokalisation	39
16	E86	Volumenmangel	36
17	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	31
18	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	30
19	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	30
20	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	29
21	D46	Myelodysplastische Syndrome	27
22	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	25
23	M05	Seropositive chronische Polyarthritiden	23
24	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	19
25	D86	Sarkoidose	19
26	D70	Agranulozytose und Neutropenie	18
27	D47	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	17
28	C88	Bösartige immunproliferative Krankheiten	17
29	M34	Systemische Sklerose	17
30	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	17

B-[0105].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	N18	Chronische Nierenkrankheit	204
2	N17	Akutes Nierenversagen	96
3	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	65
4	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	23
5	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	51
6	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	406
7	C83	Nicht follikuläres Lymphom	246
8	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	197
9	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	158
10	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	68
11	C92	Myeloische Leukämie	66
12	C82	Follikuläres Lymphom	57
13	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	45
14	C91	Lymphatische Leukämie	43
15	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	31
16	D46	Myelodysplastische Syndrome	27
17	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	17

B-[0105].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	3016
2	1-859.x	Andere diagnostische Punktion und Aspiration: Sonstige	2137
3	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1604
4	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	401
5	8-547.1	Andere Immuntherapie: Mit modifizierten Antikörpern	363
6	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	337
7	8-821.30	Adsorption und verwandte Verfahren: Hämo-perfusion [Vollblut-Adsorption]: Selektiv, zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	265
8	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	262
9	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	253
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	231

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	226
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	201
13	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	174
14	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	173
15	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	171
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	161
17	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	141
18	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	134
19	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	126
20	8-543.13	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	92
21	1-999.02	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Sonographisch	91
22	1-941.0	Komplexe Diagnostik bei Leukämien: Komplexe Diagnostik ohne HLA-Typisierung	88
23	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	88
24	8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	88
25	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	75
26	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	71
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	69
28	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	69
29	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	67
30	6-00a.11	Applikation von Medikamenten, Liste 10: Atezolizumab, parenteral: 1.200 mg bis unter 1.680 mg	61

B-[0105].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Hämodialyse	3334
2	1-859	Andere diagnostische Punktion und Aspiration	2138
3	8-855	Hämodiafiltration	1607
4	8-547	Andere Immuntherapie	810
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	741
6	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	574
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	430
8	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	353
9	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	351
10	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	337
11	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	287
12	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	274
13	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	255
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	234
15	8-857	Peritonealdialyse	147
16	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	113
17	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	103
18	1-941	Komplexe Diagnostik bei Leukämien	94
19	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	93
20	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	88
21	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	77
22	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	71
23	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	57
24	6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	53
25	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	45
26	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	43
27	1-425	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus	40
28	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	40
29	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	39
30	8-820	Therapeutische Plasmapherese	37

B-[0105].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	1-859	Andere diagnostische Punktion und Aspiration	2138
2	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	430
3	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	337
4	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	103
5	1-941	Komplexe Diagnostik bei Leukämien	94
6	1-425	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus	40
7	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	36
8	8-805.00	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Autogen: Ohne In-vitro-Aufbereitung	24

B-[0105].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka
2	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen (Rheumatologische Ambulanz) Leitung des Kernteams Schwerpunkt: schwere Systemerkrankungen wie z.B. Lupus erythematoses, Sklerodermie, Vaskulitiden
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)	HIV-Ambulanz Als eine von nur wenigen Kliniken in Rheinland-Pfalz verfügt die Med. A über eine HIV-Ambulanz. Es werden Patienten in allen Stadien der Erkrankung beraten und behandelt. Die Patienten werden von einem interdisziplinären Team betreut.
4	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Fachbereich Innere Medizin Gastroenterologie/Hepatologie, Hämato-Onkologie und Pneumologie
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Mitglied im Kernteam
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Mitglied im Kernteam
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Mitglied im Kernteam
8	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Interdisziplinäre Thoraxonkologische Zweitmeinungssprechstunde (Lungenkrebs) Nach eingehender Prüfung der Vorbefunde, Diagnose und Therapiepläne sprechen die Spezialisten für thoraxonkologische Fälle eine Empfehlung aus.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
9	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[0105].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	HIV-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	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
7	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
8	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
9	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
10	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
11	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
12	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

B-[0105].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen (Rheumatologische Ambulanz)	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen
2	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
3	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
4	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-[0105].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0105].11 Personelle Ausstattung

B-[0105].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		24,91	Fälle je VK/Person	81,35956
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,52	Stationär	23,39

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		14,53	Fälle je VK/Person	146,2721
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,52	Stationär	13,01

B-[0105].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
6	AQ75 - Innere Medizin und Infektiologie

B-[0105].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF14 - Infektiologie
2	ZF53 - Immunologie
3	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
4	ZF28 - Notfallmedizin
5	ZF30 - Palliativmedizin

B-[0105].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		53,33	Fälle je VK/Person	36,92994
Beschäftigungsverhältnis	Mit	53,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,8	Stationär	51,53

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

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	634,3333

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,2	Fälle je VK/Person	594,6875
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,2

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1,46	Fälle je VK/Person	1303,42456
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,46

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,89	Fälle je VK/Person	658,4775
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,89

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		18,49	Fälle je VK/Person	115,403282
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	16,49

B-[0105].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	PQ06 - Master
7	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
8	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
9	PQ12 - Notfallpflege
10	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
11	PQ20 - Praxisanleitung
12	PQ22 - Intermediate Care Pflege

B-[0105].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP07 - Geriatrie
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP13 - Qualitätsmanagement
8	ZP16 - Wundmanagement
9	ZP18 - Dekubitusmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP23 - Breast Care Nurse
12	ZP24 - Deeskalationstraining
13	ZP34 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Demenz

B-[0200] Klinik für Geriatrie

Dr. med. Jürgen Heins



Dr. med. Fabian Schneider

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Geriatrie

B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie

B-[0200].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jürgen Heins
Telefon	0621 503 28001
Fax	0621 503 28111
E-Mail	geriatrie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/geriatrie

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fabian Schneider

Telefon	0621 503 28001
Fax	0621 503 28111
E-Mail	geriatrie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/geriatrie

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

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen Umfassendes Spektrum
12	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis vor allem im Rahmen der Infektionen im Alter
13	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen für das Alter typische Erkrankungen wie VHF
14	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen alterstypisch oder medikamentös bedingt
15	VI38 - Palliativmedizin vor allem ältere nicht onkologische Patienten
16	VI39 - Physikalische Therapie im Rahmen des IPRM, z.B. Lymphdrainage, Kälte-, Wärme und Elektrotherapie
17	VI40 - Schmerztherapie Internistische Krankheitsbilder sowohl akuter wie chronischer Schmerzen
18	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen z.B. Parkinson-Syndrome
19	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems z.B. Demenzen
20	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems meist alterstypische Formen
21	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen umfangreiches Spektrum einschließlich gerontopsychiatrischer Erkrankungen
22	VN23 - Schmerztherapie Neurologische Krankheitsbilder, z.B. Polyneuropathien
23	VA00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

Vollstationäre Fallzahl	450
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	58
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	38
3	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	32
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	21
5	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	16
6	E86	Volumenmangel	14
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	12
8	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	8
9	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	7
10	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	6
11	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	6
12	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	6
13	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	6
14	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	5
15	J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	5
16	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	4
17	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	4
18	R55	Synkope und Kollaps	4
19	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	4
20	S06.8	Sonstige intrakranielle Verletzungen	4
21	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	4
22	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
23	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
24	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
25	K92.1	Meläna	< 4
26	I95.1	Orthostatische Hypotonie	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
27	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	< 4
28	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
29	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	< 4
30	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	< 4

B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	108
2	I50	Herzinsuffizienz	35
3	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	32
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	21
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	20
6	E86	Volumenmangel	14
7	S06	Intrakranielle Verletzung	12
8	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	9
9	I61	Intrazerebrale Blutung	8
10	G62	Sonstige Polyneuropathien	7
11	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	6
12	G40	Epilepsie	6
13	K80	Cholelithiasis	6
14	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	6
15	K57	Divertikulose des Darmes	5
16	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	5
17	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	5
18	R55	Synkope und Kollaps	4
19	I11	Hypertensive Herzkrankheit	4
20	I21	Akuter Myokardinfarkt	4
21	I95	Hypotonie	4
22	I70	Atherosklerose	4
23	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	4
24	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	4
25	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	4
26	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
27	G30	Alzheimer-Krankheit	< 4
28	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	< 4
29	K26	Ulcus duodeni	< 4
30	A46	Erysipel [Wundrose]	< 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	352
2	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	58
3	1-902.0	Testpsychologische Diagnostik: Einfach	42
4	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	35
5	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	30
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	14
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	9
8	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	9
9	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	8
10	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	8
11	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	7
12	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	7
13	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	6
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	5
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	5
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	5
17	6-00k.0	Applikation von Medikamenten, Liste 19: Nirmatrelvir-Ritonavir, oral	4
18	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
19	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	< 4
21	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	< 4
22	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	< 4
23	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	< 4
24	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	< 4
25	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	< 4
26	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
27	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
28	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	< 4
29	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	< 4
30	3-13d.5	Urographie: Retrograd	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	445
2	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	48
3	1-902	Testpsychologische Diagnostik	42
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	27
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	15
6	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	8
7	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	8
8	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	6
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	5
10	6-00k	Applikation von Medikamenten, Liste 19	4
11	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	4
12	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	4
13	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	< 4
14	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
15	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	< 4
16	6-00f	Applikation von Medikamenten, Liste 15	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	5-916	Temporäre Weichteildeckung	< 4
18	8-547	Andere Immuntherapie	< 4
19	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
20	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	< 4
21	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	< 4
22	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	< 4
23	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	< 4
24	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4
25	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
26	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
27	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	< 4
28	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	< 4
29	5-270	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	< 4
30	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4

B-[0200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die Klinik für Geriatrie hält keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		4,48	Fälle je VK/Person	100,446426
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,48

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,74	Fälle je VK/Person	164,233582
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,74	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,74

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 (MWBO 2003)
4	ZF39 - Schlafmedizin
5	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003) Notfalldiagnostik und Thorax

B-[0200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		16,81	Fälle je VK/Person	26,76978
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,81

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

Gesamt		0,09	Fälle je VK/Person	5000
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,09

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,11	Fälle je VK/Person	213,270157
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,11

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,01	Fälle je VK/Person	45000
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,01

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		3,55	Fälle je VK/Person	126,760567
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,55	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,55
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,82	Fälle je VK/Person	548,7805
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,82

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	PQ01 - Bachelor
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
5	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP16 - Wundmanagement
7	ZP20 - Palliative Care
8	ZP33 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Chest Pain Unit

B-[0300] Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)



Prof. Dr. med. Ralf Zahn

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	0100 - Innere Medizin
3	0800 - Pneumologie
4	3601 - Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin

B-[0300].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ralf Zahn
Telefon	0621 503 4000
Fax	0621 503 4044
E-Mail	muellerde@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medb

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
4	VX00 - („Sonstiges“): Transkutaner Aortenklappenersatz Mitral- und Trikuspidalklappenklappenreparatur mittels Edge-to-Edge Verfahren (TEER)
5	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
6	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation Betreut werden Patienten nach Herztransplantationen
7	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren Nicht invasives Verfahren zur Klärung des Vorliegens einer koronaren Herzkrankheit CardioCT in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
8	VA00 - („Sonstiges“): Versorgung von Erkrankungen der thorakalen Aorta
9	VI00 - („Sonstiges“): Herzkatheter 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
10	VR02 - Native Sonographie Herz (auch über Speiseröhre sowie unter Belastung), Gefäße, Brustkorb
11	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
12	VR04 - Duplexsonographie
13	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
14	VR06 - Endosonographie Herz, Mediastinum
15	VX00 - („Sonstiges“): Perkutane Ballonvalvuloplastie der Aorten- und Mitralklappe
16	VX00 - („Sonstiges“): Renale Denervation
17	VX00 - („Sonstiges“): Perkutaner Verschluss des linken Vorhofohrs
18	VI00 - („Sonstiges“): TEER - Transkatheter „Edge-to-Edge Repair“ der Mitral- oder Trikuspidalklappe Kathetergeführtes Verfahren zur Behandlung der hochgradigen symptomatischen Undichtigkeit der Mitral- oder Trikuspidalklappe (Mitral- oder Trikuspidalklappeninsuffizienz).
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
22	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen Lungen- und Rippenfelltumore

#	Medizinische Leistungsangebote
23	VI35 - Endoskopie Lungenspiegelung und Brustraumspiegelung
24	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen Verödung von Strukturen am Herzen, die Rhythmusstörungen auslösen, Behandlung von Rhythmusstörungen mit Schrittmachersystemen
25	VI34 - Elektrophysiologie
26	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
27	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin Insbesondere Schlafapnoesyndrom
28	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
29	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
30	VR15 - Arteriographie In der Abteilung werden Arteriographien der Aorta (Hauptschlagader) und der Carotiden (Halsschlagadern) durchgeführt. Verödung von Strukturen im Bereich der Nierenschlagader im Rahmen der Blutdrucktherapie
31	VR16 - Phlebographie
32	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel Von Herz und Lunge in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.
33	VX00 - („Sonstiges“): Perkutane Kreislauferunterstützungssysteme (ECMO, Impella, IABP)
34	VI27 - Spezialsprechstunde kardiologische Privatambulanz, Arrhythmie-Ambulanz, Pneumologische Sprechstunde, Schlaflabor
35	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
36	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
37	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Mitglied im Kernteam
38	VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2028)
39	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
40	VI00 - („Sonstiges“): Chest Pain Unit (CPU) zur Behandlung von Patienten mit Brustschmerz Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Zertifikat gültig bis 03.01.2028).

#	Medizinische Leistungsangebote
41	VX00 - („Sonstiges“): Überregionales Heart Failure Unit (HFU) Zentrum zur Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) (Zertifikat gültig bis 09.02.2028).
42	VI00 - („Sonstiges“): Interventionelle Kardiologie Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Zertifikat gültig bis 04.04.2026).Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
43	VI00 - („Sonstiges“): Spezielle Rhythmologie Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
44	VI20 - Intensivmedizin 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
45	VI00 - („Sonstiges“): Allgemeine Notfallmedizin Koordination des Notarztwagens, hausinterner Reanimationsdienst, Qualifikation mehrerer Ärzte als "Leitender Notarzt"
46	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

Vollstationäre Fallzahl	6360
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	433
2	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	371
3	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	333
4	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	232
5	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	229
6	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	225
7	I35.0	Aortenklappenstenose	156
8	I20.0	Instabile Angina pectoris	154
9	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	141
10	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	116
11	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	108
12	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	107

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
13	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	100
14	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	100
15	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	97
16	R55	Synkope und Kollaps	95
17	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	85
18	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	79
19	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	78
20	I48.3	Vorhofflattern, typisch	77
21	J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	64
22	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	63
23	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	61
24	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	61
25	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	60
26	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	58
27	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	56
28	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	50
29	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	49
30	I21.41	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt	48

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	815
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	658
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	634
4	I35	Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten	393
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	384
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	304
7	I20	Angina pectoris	254
8	I47	Paroxysmale Tachykardie	141
9	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	119
10	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	119
11	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	117
12	R07	Hals- und Brustschmerzen	100

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	I26	Lungenembolie	95
14	R55	Synkope und Kollaps	95
15	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	92
16	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	92
17	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	91
18	J45	Asthma bronchiale	79
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	78
20	I11	Hypertensive Herzkrankheit	60
21	I42	Kardiomyopathie	43
22	E86	Volumenmangel	42
23	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	41
24	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	39
25	A41	Sonstige Sepsis	39
26	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	36
27	I95	Hypotonie	35
28	D38	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	34
29	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	34
30	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	34

B-[0300].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	393
2	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	41
3	I36	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	12

B-[0300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2416
2	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1811
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	1808
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	1062
5	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	1040
6	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	991

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	976
8	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	960
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	919
10	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	759
11	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	749
12	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	692
13	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	543
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	486
15	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	455
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	389
17	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	387
18	5-35a.05	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär	375
19	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	359
20	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	359
21	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	356
22	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	350
23	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	335
24	1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige	310
25	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	303
26	8-701	Einfache endotracheale Intubation	288
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	280
28	1-274.30	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel	278
29	5-35b.11	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen: Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Aortenklappenersatz: Anwendung eines primär ballonexpandierbaren Implantates	267

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	266

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	3230
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2416
3	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1890
4	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1835
5	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1811
6	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	1808
7	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1304
8	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1127
9	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1020
10	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	976
11	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	960
12	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	767
13	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	678
14	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	671
15	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	579
16	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	548
17	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	499
18	1-268	Kardiales Mapping	495
19	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	481
20	5-35b	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen	416
21	5-35a	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen	410
22	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	371
23	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	356
24	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	325
25	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	295
26	8-701	Einfache endotracheale Intubation	288
27	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	253
28	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	230
29	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	189

30	1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	178

B-[0300].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1890
2	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	767
3	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	481
4	5-35b	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen	416
5	5-35a	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen	410

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte Behandlung durch den Chefarzt oder einen Oberarzt
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 Überweisung durch niedergelassene Fachärzte
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Innere Medizin Pneumologische Sprechstunde
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Mitglied im Kernteam
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
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)	Schlaf Labor 3 Polysomnographieplätzen zum diagnostizieren und therapieren von Patienten mit obstruktiver oder zentraler Schlafapnoe

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
9	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	205
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	143
3	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	57
4	8-837.M0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	54
5	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	44
6	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	40
7	1-279.A	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	40
8	5-378.55	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	32
9	5-377.31	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation	27
10	5-378.5C	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	22
11	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	21
12	1-426.3	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal	17
13	5-378.5F	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	15
14	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	11
15	5-377.1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	9
16	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	8

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
17	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	6
18	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	5
19	5-378.5B	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode	< 4
20	5-378.42	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
21	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	< 4
22	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 4
23	5-378.5D	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	< 4
24	5-378.45	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	< 4
25	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	< 4
26	5-378.0C	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	< 4
27	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	< 4
28	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
29	3-054	Endosonographie des Duodenums	< 4
30	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	410
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	126
3	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	111
4	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	44
5	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	40
6	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	21
7	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	17
8	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	< 4
9	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 4
10	3-053	Endosonographie des Magens	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
12	3-051	Endosonographie des Ösophagus	< 4
13	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	< 4
14	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
15	3-054	Endosonographie des Duodenum	< 4
16	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
17	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	< 4

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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		37,15	Fälle je VK/Person	180,067947
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,83	Stationär	35,32

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		20,44	Fälle je VK/Person	341,75174
Beschäftigungsverhältnis	Mit	20,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,83	Stationär	18,61

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		128,98	Fälle je VK/Person	56,83138
Beschäftigungsverhältnis	Mit	128,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	17,07	Stationär	111,91

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

Gesamt		2,95	Fälle je VK/Person	2155,93213
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,95

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		11,65	Fälle je VK/Person	545,9227
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,65

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		6,83	Fälle je VK/Person	931,186
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,83

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		4,96	Fälle je VK/Person	1282,258
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,96

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		21,49	Fälle je VK/Person	519,183655
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	9,24	Stationär	12,25

B-[0300].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	PQ06 - Master
5	PQ07 - Pflege in der Onkologie
6	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
7	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
8	PQ12 - Notfallpflege
9	PQ13 - Hygienefachkraft
10	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
11	PQ20 - Praxisanleitung
12	PQ21 - Casemanagement
13	PQ22 - Intermediate Care Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath

#	Zusatzqualifikation
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP07 - Geriatrie
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP13 - Qualitätsmanagement
8	ZP14 - Schmerzmanagement
9	ZP16 - Wundmanagement
10	ZP18 - Dekubitusmanagement
11	ZP20 - Palliative Care
12	ZP24 - Deeskalationstraining
13	ZP29 - Stroke Unit Care
14	ZP33 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Chest Pain Unit
15	ZP34 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Demenz

B-[0700] Medizinische Klinik C (Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Gastrointestinale Onkologie)



Prof. Dr. med. Ralf Jakobs

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik C (Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Gastrointestinale Onkologie)

B-[0700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0700 - Gastroenterologie

B-[0700].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ralf Jakobs
Telefon	0621 503 4101
Fax	0621 503 4114
E-Mail	medclu@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medc

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) Magenspiegelung, Dickdarmspiegelung, Endoskopische Ultraschalluntersuchung, H2-Atemtest, C13- Atemtest
2	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
3	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs VI35 - Endoskopie
4	Kapselendoskopie, Ballonendoskopie sowie endoskopisch retrograde Cholangio- und Pankreatikographie (ERCP), Cholangioskopie und Pankreatikoskopie
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	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
11	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
12	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
13	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
14	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
15	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
16	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
17	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
18	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
19	VI38 - Palliativmedizin
20	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren Cholangiografie
21	VR02 - Native Sonographie
22	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
23	VR04 - Duplexsonographie
24	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
25	VI20 - Intensivmedizin Zusammen mit der Neurolog. Klinik, Med. Klinik A + B: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung, Dilatationstracheotomie, Hämodialyse/Hämofiltration (Med. Klinik A), Lungenersatzverfahren (ECMO), Herzlungenmaschine, Herzunterstützungssysteme
	VH23 - Spezialsprechstunde
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, MVZ Gastroenterologie/Hepatologie, gastrointestinale Onkologie, AOP Endoskopie (ambulante Koloskopien und andere ambulante enterologische Eingriffe), Kontinenzsprechstunde

#	Medizinische Leistungsangebote
27	VK00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Leitung des Kernteams; Durchführung endoskopischer Eingriffe und systemische Chemo- und Immuntherapie
28	VX00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
29	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
30	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
31	VX00 - („Sonstiges“): Viszeralonkologisches Zentrum (Darm-, Magen-, Pankreaskarzinomzentrum) Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2028).
32	VX00 - („Sonstiges“): Diabeteszentrum Stationäre Behandlungseinrichtung für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG (Zertifikat gültig bis 30.12.2026).
33	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Folgende Kliniken und Institute arbeiten im Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum zusammen: Urologische Klinik, Gynäkologie, Chir. A, Med. C, Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Klinik für Neurologie, Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
34	VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2028)
35	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

Vollstationäre Fallzahl	3446
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	93
2	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	73
3	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	70
4	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	69
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	65
6	K83.1	Verschluss des Gallenganges	62
7	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	62
8	K22.2	Ösophagusverschluss	48
9	K92.1	Meläna	48
10	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	46
11	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	45
12	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	43
13	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	38
14	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	38
15	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	36
16	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	36
17	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	34
18	K63.5	Polyp des Kolons	34
19	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	33
20	D13.2	Gutartige Neubildung: Duodenum	33
21	K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	32
22	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	32
23	C22.0	Leberzellkarzinom	31
24	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	30
25	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	30
26	K29.6	Sonstige Gastritis	30
27	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	29
28	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	29
29	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	28
30	K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	28

B-[0700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	167
2	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	145
3	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	133
4	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	127
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	123
6	K29	Gastritis und Duodenitis	116
7	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	107
8	K85	Akute Pankreatitis	106
9	K70	Alkoholische Leberkrankheit	101
10	C16	Bösartige Neubildung des Magens	96
11	D50	Eisenmangelanämie	77
12	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	72
13	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	70
14	K57	Divertikulose des Darmes	68
15	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	67
16	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	66
17	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	65
18	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	65
19	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	64
20	D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	60
21	K25	Ulcus ventriculi	60
22	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	60
23	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	57
24	K26	Ulcus duodeni	53
25	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	53
26	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	50
27	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	47
28	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	46
29	D37	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	43
30	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	40

B-[0700].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	145
2	K80	Cholelithiasis	167
3	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	127
4	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	123
5	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	65
6	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	53
7	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	60
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	38
9	C16	Bösartige Neubildung des Magens	96

B-[0700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	3067
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	995
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	823
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	469
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	399
6	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	394
7	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	381
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	360
9	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	359
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	292
11	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	270
12	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	266
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	231
14	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	227
15	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	221
16	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	219
17	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	216
18	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	215

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	3-054	Endosonographie des Duodenums	214
20	3-055.1	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Leber	204
21	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	192
22	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	167
23	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	166
24	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	158
25	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	146
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	144
27	3-053	Endosonographie des Magens	140
28	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	135
29	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	134
30	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	132

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	3160
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1333
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1245
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	1190
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	876
6	5-469	Andere Operationen am Darm	674
7	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	625
8	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	598
9	3-056	Endosonographie des Pankreas	469
10	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	427
11	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	381
12	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	352
13	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	301
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	255
15	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	227
16	3-054	Endosonographie des Duodenums	214
17	1-654	Diagnostische Rektoskopie	187
18	5-449	Andere Operationen am Magen	168
19	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	166

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
20	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	144
21	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	142
22	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	142
23	3-053	Endosonographie des Magens	140
24	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	132
25	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	125
26	5-431	Gastrostomie	117
27	1-636	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)	116
28	5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	106
29	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	95
30	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	94

B-[0700].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	3160
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1333
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1245
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	876
5	5-469	Andere Operationen am Darm	674
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	625
7	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	598
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	469
9	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	301
10	8-190	Spezielle Verbandstechniken	< 4

B-[0700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 SGB V (Abgabe von	Kontinenzsprechstunde
2	Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Die Kontinenzsprechstunde der Med. Klinik C ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.
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)	Diabetische Fußambulanz
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin Schwerpunkt: Gastroenterologie/Hepatologie, von anderen Fachärzten werden die Bereiche Hämato-Onkologie und Pneumologie abgedeckt
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Onkologie Leitung des Kernteams Die Versorgung von Tumoren des Bauchraums und der Bauchorgane betrifft Krebserkrankungen des gesamten Verdauungstraktes, aber auch der Schilddrüse.
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
8	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
9	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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)

#	Ambulanz	Leistung
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
7	Diabetische Fußambulanz	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
9	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin	VR02 - Native Sonographie
10	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
11	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin	VC00 - („Sonstiges“): Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie)
12	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin	VA00 - („Sonstiges“): Elastographie

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	781
2	3-056	Endosonographie des Pankreas	393
3	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	363
4	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	223
5	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	180
6	3-054	Endosonographie des Duodenums	142
7	3-053	Endosonographie des Magens	110
8	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	106
9	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	87
10	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	75
11	3-051	Endosonographie des Ösophagus	63
12	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	62
13	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	56
14	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	56
15	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	36

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
16	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	32
17	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	30
18	5-422.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation	26
19	5-513.B	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	24
20	8-123.1	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung	21
21	8-123.00	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Ohne jejunale Sonde	17
22	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	16
23	1-440.6	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Gallengänge	9
24	5-431.22	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode ohne Fixierung durch Naht, ohne jejunale Sonde	7
25	5-452.80	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Elektrokoagulation	7
26	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	6
27	5-452.82	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation	5
28	1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	4
29	5-526.21	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	< 4
30	5-493.01	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 2 Hämorrhoiden	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	923
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	417
3	3-056	Endosonographie des Pankreas	393
4	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	363
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	236
6	3-054	Endosonographie des Duodenums	142
7	3-053	Endosonographie des Magens	110
8	3-051	Endosonographie des Ösophagus	63
9	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	62
10	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	62
11	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	56

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	39
13	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	30
14	5-422	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus	26
15	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	14
16	5-431	Gastrostomie	7
17	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	4
18	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	4
19	8-124	Wechsel und Entfernung eines Jejunostomiekatheters	4
20	1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
21	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
22	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	< 4
23	1-641	Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege	< 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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	21,6	Fälle je VK/Person	176,175873
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	19,56

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,43	Fälle je VK/Person	466,305817
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	7,39

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 Tumorthherapie
5	ZF28 - Notfallmedizin
6	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
7	ZF52 - Ernährungsmedizin
8	ZF30 - Palliativmedizin

B-[0700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		49,35	Fälle je VK/Person	71,31623
Beschäftigungsverhältnis	Mit	49,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,03	Stationär	48,32

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

Gesamt		2,85	Fälle je VK/Person	1209,1228
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,85

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,5	Fälle je VK/Person	1378,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,5

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,06	Fälle je VK/Person	57433,3359
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,69	Fälle je VK/Person	4994,203
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,69

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		15,7	Fälle je VK/Person	234,421768
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	14,7

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	PQ06 - Master
5	PQ07 - Pflege in der Onkologie

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
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	PQ21 - Casemanagement
12	PQ22 - Intermediate Care Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP07 - Geriatrie
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP13 - Qualitätsmanagement
8	ZP16 - Wundmanagement
9	ZP18 - Dekubitusmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP24 - Deeskalationstraining
12	ZP34 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Demenz

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



Prof. Dr. med. Stefan Willis



Dr. med. Konstantina Storz



Dr. med. Heike Zabeck

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

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

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie
2	1520 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

B-[1500].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor mit den Schwerpunkten Allgemein- und Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Stefan Willis
Telefon	0621 503 3150
Fax	0621 503 3184
E-Mail	cha@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/ca

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Thoraxchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Konstantina Storz
Telefon	0621 503 3159
Fax	0621 503 3184
E-Mail	gz-cha@klilu.de

Strasse	Bremserstraße
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/ca
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Thoraxchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Heike Zabeck
Telefon	0621 503 3159
Fax	0621 503 3184
E-Mail	gz-cha@klilu.de
Strasse	Bremserstraße
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/ca

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
7	VC24 - Tumorchirurgie Metastasen Chirurgie
8	VC62 - Portimplantation
9	VC05 - Schrittmachereingriffe
10	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
11	VC11 - Lungenchirurgie
12	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
13	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
14	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
15	VC59 - Mediastinoskopie
16	VX00 - („Sonstiges“): Fremdkörperentfernungen
17	VG07 - Inkontinenzchirurgie
18	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
19	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
20	VD20 - Wundheilungsstörungen
21	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
22	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
23	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
24	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
25	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
26	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
27	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

#	Medizinische Leistungsangebote
28	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
29	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
30	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
31	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
32	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
33	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
34	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
35	VI38 - Palliativmedizin
36	VI40 - Schmerztherapie
37	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
38	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
39	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
40	VC63 - Amputationschirurgie
41	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von sonstigen Verletzungen
42	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Thorax
43	VR02 - Native Sonographie
44	VR04 - Duplexsonographie
45	VR06 - Endosonographie
	VH23 - Spezialsprechstunde
46	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Arbeitsunfälle, Kontinenz, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Proktologie, Interdisziplinäre Thoraxonkologische Zweitmeinungssprechstunde, Zentrum für Ambulantes Operationen (ZAO)
47	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Mitglied im Kernteam
48	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
49	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
50	VX00 - („Sonstiges“): Viszeralonkologische Zentrum (Darm-, Magen- und Pankreaskarzinomzentrum) Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2028).
51	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2028)
52	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

#	Medizinische Leistungsangebote
53	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

Vollstationäre Fallzahl	2512
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	131
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	126
3	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	85
4	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	73
5	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	65
6	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	60
7	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	50
8	K61.0	Analabszess	50
9	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	46
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	45
11	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	44
12	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	44
13	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	33
14	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	32
15	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	30
16	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	29
17	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	29
18	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	28
19	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	27
20	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	26
21	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	26
22	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	26
23	K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess	23
24	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	23
25	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	23

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
26	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	23
27	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	22
28	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	22
29	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	21
30	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	21

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	247
2	K40	Hernia inguinalis	198
3	K57	Divertikulose des Darmes	137
4	K35	Akute Appendizitis	128
5	E04	Sonstige nichttoxische Struma	95
6	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	89
7	K43	Hernia ventralis	76
8	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	76
9	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	67
10	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	67
11	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	61
12	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	59
13	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	54
14	K42	Hernia umbilicalis	53
15	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	45
16	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	44
17	L03	Phlegmone	38
18	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	38
19	J86	Pyothorax	37
20	K81	Cholezystitis	34
21	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	24
22	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	24
23	J93	Pneumothorax	22
24	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	22
25	L05	Pilonidalzyste	22

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	22
27	C16	Bösartige Neubildung des Magens	21
28	K44	Hernia diaphragmatica	21
29	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	20
30	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	19

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	89
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	76
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	45
4	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	22
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	38
6	C16	Bösartige Neubildung des Magens	21
7	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	20

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	254
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	195
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	168
4	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	165
5	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	134
6	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	134
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	133
8	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	113
9	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm² bis unter 200 cm²	113
10	5-983	Reoperation	109
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	95
12	5-344.40	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	85
13	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	77
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	68
15	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	67
16	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	64
17	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	64
18	5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge	62
19	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	61
20	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	60
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	58
22	5-340.b	Inzision von Brustwand und Pleura: Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, thorakoskopisch	54
23	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	54
24	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	52

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	51
26	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	49
27	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	48
28	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	48
29	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	45
30	5-469.00	Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch	44

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	520
2	5-511	Cholezystektomie	367
3	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	212
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	195
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	191
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	188
7	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	173
8	5-470	Appendektomie	146
9	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	139
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	137
11	5-344	Pleurektomie	121
12	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	112
13	5-983	Reoperation	109
14	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	108
15	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	100
16	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	94
17	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	93
18	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	91
19	5-469	Andere Operationen am Darm	91
20	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	87
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	82
22	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	72
23	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	68

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
24	5-061	Hemithyreoidektomie	66
25	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	66
26	5-322	Atypische Lungenresektion	65
27	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	58
28	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	58
29	5-454	Resektion des Dünndarmes	57
30	5-324	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	56

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	173
2	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	43
3	5-324	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	56
4	5-524	Partielle Resektion des Pankreas	46
5	5-501	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)	45
6	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	30
7	5-426	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität	21
8	5-502	Anatomische (typische) Leberresektion	21
9	5-323	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge	23
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	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Thoraxchirurgie
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Mitglied im Kernteam
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
7	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde Die Kontinenzsprechstunde der Chirurgischen Klinik A ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.
8	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Proktologie
9	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VX00 - („Sonstiges“): Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
2	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VX00 - („Sonstiges“): NGEN: Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und thoraxchirurgischen Erkrankungen
3	Kontinenzsprechstunde	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein-, thorax- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
5	Thoraxchirurgie	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik und postoperative Behandlung von thoraxchirurgischen Erkrankungen
6	Proktologie	VC58 - Spezialsprechstunde

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	48
2	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	45
3	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	12
4	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	8
5	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	6
6	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	6
7	5-534.35	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	5
8	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	5
9	5-530.73	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	4
10	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	4
11	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
12	5-401.10	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Ohne Markierung	< 4
13	5-493.61	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks): 2 Segmente	< 4
14	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
15	1-502.0	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Hals	< 4
16	5-493.60	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks): 1 Segment	< 4
17	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	< 4
18	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	< 4
19	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
20	5-536.10	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	< 4
21	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	< 4
22	5-531.73	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
23	5-243.0	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers: Am Oberkiefer ohne Eröffnung der Kieferhöhle	< 4
24	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	< 4
25	5-493.00	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 1 Hämorrhoid	< 4
26	5-491.12	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Transsphinktar	< 4
27	1-502.6	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	< 4
28	1-502.1	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion	< 4
29	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
30	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	94
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	18
3	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	16
4	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	11
5	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	10
6	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	9
7	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	5
8	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
9	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
10	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	< 4
11	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 4
12	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
13	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 4
14	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
15	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	< 4
16	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
17	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	< 4
18	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	< 4
19	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
20	3-053	Endosonographie des Magens	< 4
21	5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	< 4
22	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
23	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
24	3-051	Endosonographie des Ösophagus	< 4
25	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		20,81	Fälle je VK/Person	123,682922
Beschäftigungsverhältnis	Mit	20,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	20,31

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		14,48	Fälle je VK/Person	176,6526
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,26	Stationär	14,22

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
2	ZF15 - Intensivmedizin Chirurgische Intensivmedizin
3	ZF34 - Proktologie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		44,98	Fälle je VK/Person	59,83802
Beschäftigungsverhältnis	Mit	44,98	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	3	Stationär	41,98

Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,96	Fälle je VK/Person	634,343445
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,96

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,12	Fälle je VK/Person	490,625
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,12

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,47	Fälle je VK/Person	1017,004
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,47

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,24	Fälle je VK/Person	1121,42859
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,24

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

Gesamt		8,64	Fälle je VK/Person	301,9231
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,32	Stationär	8,32

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,96	Fälle je VK/Person	2616,66675
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,96

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,45	Fälle je VK/Person	337,1812
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	7,45

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
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	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ13 - Hygienefachkraft
9	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
10	PQ20 - Praxisanleitung
11	PQ21 - Casemanagement
12	PQ22 - Intermediate Care Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP07 - Geriatrie
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP13 - Qualitätsmanagement
8	ZP14 - Schmerzmanagement
9	ZP15 - Stomamanagement
10	ZP16 - Wundmanagement
11	ZP20 - Palliative Care
12	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[1518] Chirurgische Klinik B (Klinik für Gefäßchirurgie)

Dr. med. Clemens Kühner

B-[1518].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Chirurgische Klinik B (Klinik für Gefäßchirurgie)

B-[1518].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1518 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie

B-[1518].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Clemens Kühner
Telefon	0621 503 3341
Fax	0621 503 3342
E-Mail	chb@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/cb

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 Endovaskuläre und offene Ausschaltung von Aortenaneurysmen, Endovaskuläre, minimal invasive Therapie des rupturierten Aortenaneurysma, Behandlung von Aneurysmen der Eingeweide- und Extremitätenarterien,
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 Operation von Gefäßzugängen für die Dialyse (Demerskatheter / Dialyseshunts)
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
14	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Gefäßsprechstunde, Shuntsprechstunde
15	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
16	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
17	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
18	VX00 - („Sonstiges“): Gefäßzentrum Das Gefäßzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) sowie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) zertifiziert. (Zertifikat gültig bis 14.07.2027)

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VX00 - („Sonstiges“): Regionales Shuntzentrum (Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge) Das Regionale Shuntzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Gesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG und DDG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung am 05.12.2024; Gültig bis 18.12.2027)
20	VK00 - („Sonstiges“): CAC Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2028)
21	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

Vollstationäre Fallzahl	1097
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1518].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	183
2	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	143
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	135
4	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	78
5	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	69
6	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	50
7	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	46
8	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	39
9	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	36
10	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	32
11	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	28
12	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	22
13	A46	Erysipel [Wundrose]	12
14	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	11
15	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	10
16	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	9
17	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	8

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	8
19	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	8
20	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	8
21	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	7
22	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	7
23	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	6
24	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	6
25	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	6
26	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	5
27	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	4
28	I70.0	Atherosklerose der Aorta	4
29	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	4
30	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	4

B-[1518].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	539
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	88
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt	81
4	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	57
5	N18	Chronische Nierenkrankheit	51
6	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	42
7	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	41
8	I83	Varizen der unteren Extremitäten	33
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	20
10	I63	Hirnfarkt	18
11	A46	Erysipel [Wundrose]	12
12	Z49	Dialysebehandlung	11
13	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	10
14	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	8
15	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	7

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
16	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	6
17	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	6
18	I87	Sonstige Venenkrankheiten	6
19	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	5
20	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	4
21	I50	Herzinsuffizienz	4
22	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	4
23	L03	Phlegmone	< 4
24	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	S75	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	< 4
26	I20	Angina pectoris	< 4
27	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
28	C16	Bösartige Neubildung des Magens	< 4
29	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
30	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4

B-[1518].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	539
2	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	81
3	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	57
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	41
5	N18	Chronische Nierenkrankheit	51
6	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	42
7	I83	Varizen der unteren Extremitäten	33

B-[1518].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	153
2	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	143
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	139
4	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	117
5	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	117
6	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Clipsystem	114
7	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	112

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	106
9	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	103
10	8-83b.c4	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Polymerdichtung mit äußerer Sperrscheibe	100
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	91
12	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	82
13	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	76
14	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	75
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	69
16	5-98a.0	Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie	67
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	62
18	5-930.00	Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung	56
19	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	56
20	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	55
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	51
22	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	48
23	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	45
24	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	44
25	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	44
26	5-381.54	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	42
27	5-865.8	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenstrahlresektion	42
28	5-393.54	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, unterhalb des Kniegelenkes	41
29	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes	40
30	5-983	Reoperation	39

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Endarteriektomie	539

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	487
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	454
4	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	234
5	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	180
6	5-393	Anlegen eines anderen Shunt und Bypasses an Blutgefäßen	179
7	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	166
8	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	143
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	91
10	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	84
11	5-916	Temporäre Weichteildeckung	84
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	83
13	8-190	Spezielle Verbandstechniken	79
14	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	74
15	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	71
16	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	69
17	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	69
18	5-98a	Hybridtherapie	67
19	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	59
20	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	54
21	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	48
22	5-383	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen	41
23	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	40
24	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	40
25	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	39
26	5-983	Reoperation	39
27	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	38
28	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	33
29	5-388	Naht von Blutgefäßen	33
30	5-866	Revision eines Amputationsgebietes	33

B-[1518].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Endarteriektomie	539
2	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	234

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
3	5-393	Anlegen eines anderen Shunttes und Bypasses an Blutgefäßen	179
4	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	84
5	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunttes	74
6	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	69
7	5-98a	Hybridtherapie	67
8	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	40
9	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	39
10	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	33
11	5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	22

B-[1518].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes 1. Doppler und Duplex Sonografie der Arterien und Venen, inklusive arteriovenöser Shunts 2. Laufbandergometrie 3. Lichtreflexionsrheografie
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Gefäßchirurgie, Shuntchirurgie Diagnostik und Therapieempfehlung für alle gefäßchirurgischen Patienten auf Einweisung durch niedergelassene Ärzte. 1. Doppler und Duplex Sonografie der Arterien und Venen, inklusive arteriovenöser Shunts 2. Laufbandergometrie 3. Lichtreflexionsrheografie
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
6	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

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	23
2	8-836.0S	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	16
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	15
4	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	15
5	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	12

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
6	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	10
7	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	10
8	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	10
9	5-385.90	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	8
10	5-385.9D	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvene	8
11	5-385.80	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	7
12	8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	4
13	5-385.D0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	< 4
14	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
15	8-836.0Q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	< 4
16	3-608	Superselektive Arteriographie	< 4
17	8-836.1K	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Arterien Oberschenkel	< 4
18	5-385.8A	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena parva	< 4
19	5-385.74	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: Vv. saphenae magna et parva	< 4
20	8-836.0E	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	< 4
21	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
22	5-392.11	Anlegen eines arteriovenösen Shunt: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Mit Vorverlagerung der Vena basilica	< 4
23	5-392.2	Anlegen eines arteriovenösen Shunt: Innere AV-Fistel mit allogenem Material	< 4
24	5-385.9B	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V(v). saphena(e) accessoria(e)	< 4
25	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 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	66
2	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	27
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	20
4	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	17
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	15
6	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	10
7	3-608	Superselektive Arteriographie	< 4
8	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
9	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
10	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,39	Fälle je VK/Person	120,153343
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,26	Stationär	9,13

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,58	Fälle je VK/Person	206,203
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,26	Stationär	5,32

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ07 - Gefäßchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1518].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF31 - Phlebologie
2	ZF28 - Notfallmedizin

B-[1518].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		14,07	Fälle je VK/Person	77,96731
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,07

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

Gesamt		1,41	Fälle je VK/Person	778,0142
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,41

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,19	Fälle je VK/Person	343,887146
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,19

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1,46	Fälle je VK/Person	751,3698
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,46

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,01	Fälle je VK/Person	545,7712
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,01

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

Gesamt		2,98	Fälle je VK/Person	368,1208
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,98

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	3324,24219

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,66	Fälle je VK/Person	198,372513
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,13	Stationär	5,53

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	PQ07 - Pflege in der Onkologie
5	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
6	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
7	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ20 - Praxisanleitung
10	PQ21 - Casemanagement

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP14 - Schmerzmanagement
8	ZP15 - Stomamanagement
9	ZP16 - Wundmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[2100] Klinik für Herzchirurgie

Prof. Dr. med. Falk-Udo Sack

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 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Falk-Udo Sack
Telefon	0621 503 4050
Fax	0621 503 4060
E-Mail	herzchirurgie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/herz

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
1	VC01 - Koronarchirurgie Es werden außer der konventionellen Bypasschirurgie auch minimal-invasive Bypassoperationen sowie Bypassoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine durchgeführt.
2	VC02 - Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur
3	VC03 - Herzklappenchirurgie Es wird minimal-invasive Mitralklappenchirurgie durchgeführt.
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
27	VC04 - Chirurgie der angeborenen Herzfehler Im Erwachsenenalter bei "GUCH-Patienten"
28	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
29	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
30	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
31	VD20 - Wundheilungsstörungen
32	VR16 - Phlebographie
33	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
34	VI34 - Elektrophysiologie
35	VR02 - Native Sonographie
36	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
37	VR04 - Duplexsonographie
38	VI20 - Intensivmedizin Die herzchirurgische Intensivstation verfügt über 14 Betten, alle Betten sind Beatmungsplätze
39	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)
40	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

Vollstationäre Fallzahl	795
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	201
2	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	124
3	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	71
4	I35.0	Aortenklappenstenose	67
5	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	55
6	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	50
7	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	32
8	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	24
9	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	18
10	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	14
11	T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	13
12	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	12
13	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	10

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	7
15	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	5
16	I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	5
17	Q21.1	Vorhofseptumdefekt	5
18	I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	5
19	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	4
20	I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	4
21	I20.0	Instabile Angina pectoris	4
22	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	4
23	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	4
24	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	< 4
25	I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose	< 4
26	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	< 4
27	I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	< 4
28	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
29	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
30	L91.0	Hypertrophe Narbe	< 4

B-[2100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	241
2	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	156
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	142
4	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	60
5	I33	Akute und subakute Endokarditis	50
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	42
7	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	26
8	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	13
9	I20	Angina pectoris	7
10	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	6
11	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	6
12	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	6
13	D15	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	5

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
14	I36	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	4
15	I05	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	< 4
16	I63	Hirnfarkt	< 4
17	L91	Hypertrophe Hautkrankheiten	< 4
18	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
19	I50	Herzinsuffizienz	< 4
20	J86	Pyothorax	< 4
21	C92	Myeloische Leukämie	< 4
22	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	< 4
23	E86	Volumenmangel	< 4
24	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	< 4
25	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
26	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	< 4
27	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
28	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
29	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	< 4
30	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	< 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	636
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	479
3	5-93a.0	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation: Ohne Verwendung von Chelatoren	420
4	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	291
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	290
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	255
7	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	219
8	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	135
9	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	134

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
10	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	129
11	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	127
12	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	126
13	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	125
14	5-361.07	Anlegen eines aortakoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	108
15	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	101
16	5-896.1a	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken	73
17	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	66
18	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	64
19	5-361.27	Anlegen eines aortakoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	64
20	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	58
21	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	57
22	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	54
23	5-356.2	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Vorhofseptumdefekt, Verschluss total	54
24	5-353.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik	51
25	5-379.1	Andere Operationen an Herz und Perikard: Ligatur eines Herzohres	51
26	5-351.12	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	51
27	5-349.3	Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	50
28	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	46
29	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	45
30	5-932.91	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Biologisches Material, xenogen: 10 cm² bis unter 50 cm²	44

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	648

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	640
3	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	640
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	549
5	5-93a	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation	420
6	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	320
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	255
8	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	251
9	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	239
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	191
11	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	127
12	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	114
13	5-379	Andere Operationen an Herz und Perikard	105
14	9-984	Pflegebedürftigkeit	100
15	5-353	Valvuloplastik	98
16	5-362	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik	91
17	5-354	Andere Operationen an Herzklappen	81
18	5-349	Andere Operationen am Thorax	70
19	5-38b	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation	67
20	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	64
21	5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	59
22	5-356	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern	56
23	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	54
24	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	50
25	5-986	Minimalinvasive Technik	46
26	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	45
27	5-370	Perikardiotomie und Kardiotomie	44
28	8-190	Spezielle Verbandstechniken	43
29	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	43
30	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	40

B-[2100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	HZ-Ambulanz 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.
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

#	Ambulanz	Leistung
1	HZ-Ambulanz	VC00 - („Sonstiges“): Diagnostik von herzchirurgischen Patienten

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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		17,9	Fälle je VK/Person	44,41341
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,9

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		11,42	Fälle je VK/Person	69,61471
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,42

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 Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		59,37	Fälle je VK/Person	13,3906
Beschäftigungsverhältnis	Mit	59,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	59,37

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

Gesamt		1,55	Fälle je VK/Person	512,903259
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,55

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,84	Fälle je VK/Person	207,03125
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,84

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		5,62	Fälle je VK/Person	141,459076
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,62

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,31	Fälle je VK/Person	2564,516
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,31

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

Gesamt		6,26	Fälle je VK/Person	126,9968
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,26

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,04	Fälle je VK/Person	19875
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,04

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,64	Fälle je VK/Person	119,72892
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,64

B-[2100].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	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ20 - Praxisanleitung
10	PQ21 - Casemanagement

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP14 - Schmerzmanagement
8	ZP15 - Stomamanagement
9	ZP16 - Wundmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[2200] Urologische Klinik

Prof. Dr. med. Markus Müller

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 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Markus Müller
Telefon	0621 503 4400
Fax	0621 503 4413
E-Mail	birkensg@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/uro

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	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
9	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
10	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
11	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
12	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz Diagnostik und Therapie der postrenalen Niereninsuffizienz
13	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters Stoßwellenzertrümmerung von Nieren-, Harnleiter- und Blasensteinen
14	VU08 - Kinderurologie
15	VG16 - Urogynäkologie
16	VU09 - Neuro-Urologie
17	VU18 - Schmerztherapie
18	VU14 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Urologische Sprechstunde, Kontinenzsprechstunde
19	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
20	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Leitung des Kernteams
21	VU00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
22	VU00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut

#	Medizinische Leistungsangebote
	VU00 - („Sonstiges“): Uroonkologisches Zentrum
23	Prostatakarzinomzentrum RLP/Nierenkrebszentrum RLP/Harnblasenkrebszentrum RLP sind nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2028).
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
24	Behandlung von Notfällen (24h)

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

Vollstationäre Fallzahl	4111
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	494
2	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	428
3	N40	Prostatahyperplasie	356
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	269
5	N20.0	Nierenstein	197
6	N20.1	Ureterstein	190
7	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	165
8	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	126
9	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	120
10	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	112
11	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	88
12	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	82
13	N13.63	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere	76
14	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	65
15	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	60
16	N41.0	Akute Prostatitis	58
17	D29.1	Gutartige Neubildung: Prostata	57
18	N13.65	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere	48
19	N13.29	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisierung nicht näher bezeichnet	47
20	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	40
21	N13.61	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert, mit Infektion der Niere	39
22	N32.0	Blasenhalsostruktion	36
23	N13.60	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion mit Infektion der Niere	33

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
24	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	32
25	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	32
26	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	28
27	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	28
28	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	28
29	C67.6	Bösartige Neubildung: Ostium ureteris	26
30	N30.0	Akute Zystitis	25

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	841
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	494
3	N20	Nieren- und Ureterstein	452
4	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	404
5	N40	Prostatahyperplasie	356
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	286
7	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	138
8	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	120
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	98
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	88
11	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	82
12	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	69
13	D29	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	64
14	N45	Orchitis und Epididymitis	56
15	N30	Zystitis	41
16	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	33
17	N35	Harnröhrenstriktur	33
18	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	31
19	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	27
20	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	27
21	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	25
22	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	21
23	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	20

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	R33	Harnverhaltung	18
25	C60	Bösartige Neubildung des Penis	14
26	A41	Sonstige Sepsis	13
27	D41	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane	13
28	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	12
29	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	12
30	M54	Rückenschmerzen	11

B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	494
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	404
3	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	88
4	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	33
5	N40	Prostatahyperplasie	356
6	N20	Nieren- und Ureterstein	452

B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	1356
2	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	1090
3	5-98k.0	Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	1007
4	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	609
5	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	546
6	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	439
7	3-13d.5	Urographie: Retrograd	415
8	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	407
9	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarezystostomie	279
10	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	278
11	3-13f	Zystographie	276
12	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Korbchen	248

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	1-999.02	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Sonographisch	244
14	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	241
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	238
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	231
17	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	206
18	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	187
19	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	176
20	1-465.91	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: 20 oder mehr Zylinder	144
21	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	138
22	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolektomie: Laparoskopisch	137
23	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	136
24	5-98k.2	Art des Zystoskops: Flexibles wiederverwendbares Zystoskop	124
25	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	116
26	5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	108
27	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	105
28	1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	105
29	5-604.42	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	99
30	1-466.01	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Stanzbiopsie der Prostata: 20 oder mehr Zylinder	98

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	2458
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	1498
3	5-98k	Art des Zystoskops	1131
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	804
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	600
6	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	596

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	474
8	3-13d	Urographie	470
9	3-05c	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane	439
10	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	393
11	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	349
12	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	281
13	3-13f	Zystographie	276
14	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	265
15	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	261
16	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	241
17	5-985	Lasertechnik	210
18	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	206
19	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	158
20	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	149
21	5-469	Andere Operationen am Darm	140
22	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	105
23	1-466	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	103
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	103
25	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	96
26	5-983	Reoperation	93
27	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	89
28	5-572	Zystostomie	85
29	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	71
30	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	58

B-[2200].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	281
2	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	241
3	5-554	Nephrektomie	55
4	5-553	Partielle Resektion der Niere	57

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
5	5-552	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere	20
6	5-576	Zystektomie	26
7	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	349

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	Urologische Sprechstunde
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)	Urologische Sprechstunde
4	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde Die Kontinenzsprechstunde der Urologischen Klinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumorerkrankungen Diagnostik, med. Therapievorschläge, Zytostatika Leitung des Kernteams
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
8	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

#	Ambulanz	Leistung
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
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	Urologische Sprechstunde	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
22	Urologische Sprechstunde	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
23	Urologische Sprechstunde	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
24	Urologische Sprechstunde	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
25	Urologische Sprechstunde	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
26	Urologische Sprechstunde	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
27	Urologische Sprechstunde	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
28	Urologische Sprechstunde	VU08 - Kinderurologie
29	Urologische Sprechstunde	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
30	Urologische Sprechstunde	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
31	Urologische Sprechstunde	VU09 - Neuro-Urologie
32	Urologische Sprechstunde	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
33	Urologische Sprechstunde	VU17 - Prostatazentrum
34	Urologische Sprechstunde	VU18 - Schmerztherapie
35	Urologische Sprechstunde	VU13 - Tumorchirurgie
36	Urologische Sprechstunde	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

#	Ambulanz	Leistung
37	Urologische Sprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
38	Urologische Sprechstunde	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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-465.90	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: Weniger als 20 Zylinder	414
2	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	229
3	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	195
4	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	108
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	83
6	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	76
7	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	36
8	5-611	Operation einer Hydrocele testis	35
9	1-466.00	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Stanzbiopsie der Prostata: Weniger als 20 Zylinder	29
10	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	19
11	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	15
12	5-630.0	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Sklerosierung der V. spermatica, skrotal	15
13	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	13
14	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	9
15	5-582.0	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	7
16	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	6
17	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	6
18	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	5

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
19	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	5
20	5-641.0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis: Exzision	5
21	5-631.2	Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	5
22	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	5
23	1-564.0	Biopsie am Penis durch Inzision: Glans penis	4
24	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	4
25	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	4
26	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	< 4
27	5-612.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Partielle Resektion	< 4
28	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4
29	5-640.5	Operationen am Präputium: Lösung von Präputialverklebungen	< 4
30	1-426.3	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal	< 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 Ureterschleife [Ureterkatheter]	424
2	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	414
3	5-640	Operationen am Präputium	200
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	83
5	5-572	Zystostomie	36
6	5-611	Operation einer Hydrocele testis	35
7	1-466	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	29
8	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	24
9	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	21
10	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	16
11	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	15
12	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	13
13	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	8
14	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	7
15	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	6

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	5-641	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis	5
17	1-564	Biopsie am Penis durch Inzision	4
18	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
19	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	< 4
20	5-612	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe	< 4
21	5-624	Orchidopexie	< 4
22	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	< 4
23	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	< 4
24	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
25	5-610	Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis	< 4
26	5-622	Orchidektomie	< 4
27	5-633	Epididymektomie	< 4
28	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
29	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		18,69	Fälle je VK/Person	236,400238
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,3	Stationär	17,39

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		9,39	Fälle je VK/Person	484,216736
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,9	Stationär	8,49

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 Tumorthherapie
2	ZF04 - Andrologie
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		35,87	Fälle je VK/Person	117,895042
Beschäftigungsverhältnis	Mit	35,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	34,87

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

Gesamt		2,67	Fälle je VK/Person	1539,70032
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,67

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,78	Fälle je VK/Person	1478,777
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,78

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,17	Fälle je VK/Person	1894,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,17

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,35	Fälle je VK/Person	3045,185
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,35

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

Gesamt		3,87	Fälle je VK/Person	1257,18652
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	3,27

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,43	Fälle je VK/Person	9560,465
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,43

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		12,81	Fälle je VK/Person	328,6171
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	12,51

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	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ20 - Praxisanleitung
10	PQ21 - Casemanagement

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	ZP07 - Geriatrie
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP13 - Qualitätsmanagement
8	ZP14 - Schmerzmanagement
9	ZP15 - Stomamanagement
10	ZP16 - Wundmanagement
11	ZP20 - Palliative Care
12	ZP23 - Breast Care Nurse
13	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[2400] Frauenklinik und Geburtshilfe



Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Frauenklinik und Geburtshilfe

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann
Telefon	0621 503 3251
Fax	0621 503 3271
E-Mail	gyn@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/frauen

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
3	VG05 - Endoskopische Operationen Minimal-Invasive-laparoskopische Operationen (MIC II)
4	VG16 - Urogynäkologie
5	VG07 - Inkontinenzchirurgie
6	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
7	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes inkl. Dysplasiesprechstunde
8	VG17 - Reproduktionsmedizin
9	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
10	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
11	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
12	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
13	VG00 - („Sonstiges“): Plastisch rekonstruktive Eingriffe In Kooperation mit der BG Klinik Ludwigshafen
14	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
15	VG00 - („Sonstiges“): Transabdominale Sonographie von Genitalien bei Kindern
16	VG00 - („Sonstiges“): Vaginoskopie bei Kindern
17	VX00 - („Sonstiges“): Kindergynäkologie Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen, Blutungsstörungen, endokrinologischen Erkrankungen, Fehlbildungen und Tumoren
18	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
19	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes Ambulante und stationäre Betreuung von Risikoschwangerschaften, Geburtsplanung, Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese).
20	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
21	VG19 - Ambulante Entbindung
22	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften

#	Medizinische Leistungsangebote
23	VX00 - („Sonstiges“): Angebot für werdende Eltern Baby-Massage, Diabetesschulung für Schwangere, Entspannung im Wasser f. Schwangere, Akupunktur, Geburtsvorbereitung, Hypnose, Infoabende f. werdende Eltern, Neugeborenenenscreening, Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflegekurs, Stillgruppentreffen, Laktationsberatung, Wochenbettbetreuung
24	VG00 - („Sonstiges“): 3D und 4D-Sonographie
25	VG00 - („Sonstiges“): Cerclage (Naht am Gebärmutterhals)
26	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
27	VR02 - Native Sonographie
28	VR04 - Duplexsonographie
29	VG15 - Spezialprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Brustsprechstunde, Dysplasiesprechstunde, Kindergynäkologische Sprechstunde, Sprechstunde im Rahmen der Geburtsvorbereitung (Geburtsplanung und Hebammensprechstunde), KV-Überweisung -2.Meinungssprechstunde, Kontinenzsprechstunde, Ambulante Operationen
30	VX00 - („Sonstiges“): Brustzentrum Das Brustzentrum Ludwigshafen ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 05.11.2028).
31	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
32	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Leitung des Kernteams
33	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
34	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
35	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

Vollstationäre Fallzahl	1917
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	301
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	92
3	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	60
4	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	54

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
5	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	49
6	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	48
7	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	43
8	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	42
9	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	42
10	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	33
11	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	32
12	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	31
13	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	30
14	O06.4	Nicht näher bezeichneter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	28
15	O20.0	Drohender Abort	28
16	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	26
17	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	26
18	O80	Spontangeburt eines Einlings	23
19	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	23
20	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	21
21	N80.1	Endometriose des Ovars	20
22	O06.9	Nicht näher bezeichneter Abort: Komplet oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation	20
23	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	19
24	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	19
25	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	18
26	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	17
27	O71.8	Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt	17
28	O00.1	Tubargravidität	17
29	N83.1	Zyste des Corpus luteum	15
30	N80.0	Endometriose des Uterus	15

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	301
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	203
3	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	77
4	D25	Leiomyom des Uterus	76

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	71
6	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	67
7	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	59
8	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	52
9	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	45
10	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	42
11	N80	Endometriose	42
12	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	41
13	O42	Vorzeitiger Blasensprung	37
14	N81	Genitalprolaps bei der Frau	37
15	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	35
16	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	32
17	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	31
18	O70	Dammriss unter der Geburt	30
19	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	29
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	29
21	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	27
22	O41	Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	23
23	O80	Spontangeburt eines Einlings	23
24	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	20
25	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	18
26	O00	Extrauterin gravidität	17
27	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	17
28	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	15
29	O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	14
30	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	14

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	203
2	D25	Leiomyom des Uterus	76
3	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	32
4	D39	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	5

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
5	N81	Genitalprolaps bei der Frau	37
6	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	8
7	C52	Bösartige Neubildung der Vagina	< 4
8	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	13
9	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	29
10	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	12
11	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	29
12	N80	Endometriose	42
13	O80	Spontangeburt eines Einlings	23
14	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	8
15	O14	Präeklampsie	5

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	291
2	1-242	Audiometrie	272
3	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	245
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)	171
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	142
6	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	128
7	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	94
8	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	72
9	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	70
10	5-656.82	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Endoskopisch (laparoskopisch)	64
11	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	62
12	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	56
13	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	56
14	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	55
15	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	53
16	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	52

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
17	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	49
18	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	45
19	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	45
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	41
21	5-653.33	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	40
22	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	38
23	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)	36
24	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	36
25	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	36
26	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	35
27	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	30
28	5-683.21	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal	28
29	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	28
30	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	25

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	316
2	1-242	Audiometrie	272
3	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	245
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	239
5	5-749	Andere Sectio caesarea	177
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	163
7	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	144
8	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	142
9	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	125
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	116
11	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	116

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	5-661	Salpingektomie	98
13	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	98
14	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	94
15	5-656	Plastische Rekonstruktion des Ovars	78
16	5-653	Salpingoovariektomie	73
17	5-469	Andere Operationen am Darm	68
18	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	60
19	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	55
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	45
21	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	39
22	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	39
23	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	38
24	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	36
25	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	36
26	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	34
27	5-658	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	31
28	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	29
29	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	28
30	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	27

B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	239
2	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	38
3	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	13
4	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	163
5	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	20
6	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	125
7	5-685	Radikale Uterusexstirpation	16
8	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	94
9	5-653	Salpingoovariektomie	73
10	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	28
11	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	97
12	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	142

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
13	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	316
14	5-749	Andere Sectio caesarea	177

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe Für türkisch-, englisch-, arabisch-, persisch- und russischsprachige werdende Eltern werden Sprechstunden in der jeweiligen Muttersprache angeboten.
2	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
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 Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.
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 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.
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)	KV Überweisung Zur Zweitmeinung auf Überweisung von niedergelassenen Frauenärzten*Innen
6	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde Die Kontinenzsprechstunde der Frauenklinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums. Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.
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 Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
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 Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.
9	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Leitung des Kernteams
10	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
11	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
12	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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	Gynäkologische Ambulanz	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
10	Gynäkologische Ambulanz	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
11	Gynäkologische Ambulanz	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
12	Gynäkologische Ambulanz	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
13	Gynäkologische Ambulanz	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
14	Gynäkologische Ambulanz	VG16 - Urogynäkologie
15	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Endokrinologische Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
16	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen
17	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie bei Blutungsstörungen
18	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Fehlbildungen und Tumoren
19	Kontinenzsprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG16 - Urogynäkologie
27	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
28	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
29	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG00 - („Sonstiges“): Risikoschwangerschaft (Amniozentese/Fruchtwasseruntersuchung)
30	KV Überweisung	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
31	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG00 - („Sonstiges“)
32	KV Überweisung	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
33	KV Überweisung	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
34	KV Überweisung	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

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

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	190
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	160

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
3	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	92
4	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	53
5	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	46
6	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	42
7	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	37
8	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	32
9	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	28
10	5-712.12	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Destruktion: Laserkoagulation	22
11	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strickkürettage)	20
12	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	7
13	5-671.03	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Exzision mit elektrischer Nadel/Messer	7
14	1-571.1	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Cervix uteri	7
15	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	7
16	5-681.62	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Destruktion: Thermokoagulation	6
17	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	5
18	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	4
19	5-870.A0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	4
20	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
21	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
22	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	< 4
23	5-681.86	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Vaginal	< 4
24	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	< 4
25	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
26	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
27	5-711.0	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Inzision	< 4
28	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
29	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	< 4
30	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse: Laparoskopisch	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	190
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	180
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	136
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	124
5	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	51
6	5-671	Konisation der Cervix uteri	50
7	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	13
8	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	9
9	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	8
10	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	7
11	1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision	7
12	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	7
13	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	5
14	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	4
15	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
16	5-881	Inzision der Mamma	< 4
17	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
18	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
19	5-675	Andere Rekonstruktion der Cervix uteri	< 4
20	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
21	5-701	Inzision der Vagina	< 4
22	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
23	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
24	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		10,46	Fälle je VK/Person	205,907623
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,15	Stationär	9,31

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,01	Fälle je VK/Person	361,016937
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	5,31

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	AQ15 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
3	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		11,4	Fälle je VK/Person	184,326935
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	10,4

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

Gesamt		4,37	Fälle je VK/Person	438,6728
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,37

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,13	Fälle je VK/Person	1696,46021
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,13

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,32	Fälle je VK/Person	5990,625

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,32

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,31	Fälle je VK/Person	6183,871
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,31

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,68	Fälle je VK/Person	249,609375
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,68

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

Gesamt		1,77	Fälle je VK/Person	1083,0509
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,77

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,2	Fälle je VK/Person	9585
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,5	Fälle je VK/Person	265,145233
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,27	Stationär	7,23

B-[2400].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	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
7	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
8	PQ12 - Notfallpflege
9	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
10	PQ16 - Familienhebamme
11	PQ20 - Praxisanleitung
12	PQ21 - Casemanagement

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP14 - Schmerzmanagement
8	ZP15 - Stomamanagement
9	ZP16 - Wundmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[2600] Hals-Nasen-Ohren-Klinik

Prof. Dr. med. K.-Wolfgang Delank

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 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. K.-Wolfgang Delank
Telefon	0621 503 3401
Fax	0621 503 3403
E-Mail	hno@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/hno

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	VH04 - Mittelohrchirurgie
4	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
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	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
12	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
13	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
14	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
15	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
16	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
17	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
18	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
19	VH11 - Transnasaler Verschluss von Liquoristeln
20	VH25 - Schnarchoperationen
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

#	Medizinische Leistungsangebote
29	VH27 - Pädaudiologie
	VH23 - Spezialsprechstunde
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, HNO-Ambulanz (Facialissprechstunde, Tumornachsorge), Phoniatrie und Pädaudiologie, Cochlea-Implantat-Zentrum
31	VH00 - („Sonstiges“): MVZ des Klinikums HNO Praxis Ambulante Termine und Zweitmeinungssprechstunde
	VH00 - („Sonstiges“): Kopf-Hals-Tumorzentrum
32	Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2028).
	VH00 - („Sonstiges“): Zertifikat Cochlea Implantat versorgende Einrichtung
33	Die Cochlea Implantat versorgende Einrichtung ist nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie zertifiziert (Zertifikat gültig bis 14.09.2026).
	VH00 - („Sonstiges“): Spaltzentrum Rhein-Neckar
34	2015 wurde das interdisziplinäre, sektorenübergreifende Kompetenzzentrum zur Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte unter der Bezeichnung Spaltzentrum Rhein-Neckar gegründet. Das Spaltzentrum besteht aus den Einrichtungen der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und der HNO.
35	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
36	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Mitglied im Kernteam bei (Neben-)Schilddrüsenkarzinom
37	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h) HNO Notfallambulanz in der Zentralen Notaufnahme

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

Vollstationäre Fallzahl	2807
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J32.4	Chronische Pansinusitis	191
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	189
3	J36	Peritonsillarabszess	148
4	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	126
5	H71	Cholesteatom des Mittelohres	108
6	R04.0	Epistaxis	103
7	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	97
8	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	78

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	R04.1	Blutung aus dem Rachen	77
10	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	77
11	J34.2	Nasenseptumdeviation	70
12	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	63
13	K11.2	Sialadenitis	39
14	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	36
15	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	32
16	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	32
17	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	30
18	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	29
19	H81.2	Neuropathia vestibularis	28
20	H91.9	Hörverlust, nicht näher bezeichnet	28
21	A46	Erysipel [Wundrose]	27
22	D14.0	Gutartige Neubildung: Mittelohr, Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen	25
23	B27.0	Mononukleose durch Gamma-Herpesviren	25
24	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	24
25	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	24
26	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	21
27	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	19
28	S06.0	Gehirnerschütterung	17
29	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	17
30	S02.2	Nasenbeinfraktur	17

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J32	Chronische Sinusitis	339
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	250
3	R04	Blutung aus den Atemwegen	181
4	J36	Peritonsillarabszess	148
5	J03	Akute Tonsillitis	129
6	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	110
7	H71	Cholesteatom des Mittelohres	108
8	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	93

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	93
10	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	61
11	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	58
12	H60	Otitis externa	57
13	H81	Störungen der Vestibularfunktion	55
14	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	54
15	H91	Sonstiger Hörverlust	51
16	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	44
17	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	38
18	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	37
19	M95	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	36
20	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	36
21	H70	Mastoiditis und verwandte Zustände	31
22	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	30
23	B27	Infektiöse Mononukleose	28
24	A46	Erysipel [Wundrose]	27
25	J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	25
26	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	24
27	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	23
28	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	20
29	S06	Intrakranielle Verletzung	20
30	C30	Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres	18

B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	H71	Cholesteatom des Mittelohres	108
2	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	93
3	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	38
4	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	110
5	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	44
6	H91	Sonstiger Hörverlust	51
7	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	16
8	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	36
9	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	5

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
10	J32	Chronische Sinusitis	339
11	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	95
12	C07	Bösartige Neubildung der Parotis	12
13	C31	Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen	7
14	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	37
15	J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	25
16	D34	Gutartige Neubildung der Schilddrüse	< 4
17	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	6

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	335
2	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	330
3	1-242	Audiometrie	294
4	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	207
5	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	204
6	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangsstenose)	201
7	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	199
8	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	197
9	1-611.00	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt: Ohne weitere Maßnahmen	194
10	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	187
11	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	184
12	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	180
13	5-983	Reoperation	171
14	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	170
15	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	169
16	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszess tonsillektomie	148
17	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	141
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	127
19	5-215.5	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Medialisation	125

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	108
21	5-262.04	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Mit intraoperativem Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	107
22	5-195.a0	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Ohne Implantation einer Prothese	101
23	1-20a.31	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Video-Kopfpulstest	98
24	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	95
25	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	93
26	5-852.g0	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entnahme von Faszie zur Transplantation: Kopf und Hals	91
27	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	88
28	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	80
29	1-20a.30	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Elektro- und/oder Video-Nystagmographie	79
30	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	76

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]	611
2	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	412
3	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	384
4	5-984	Mikrochirurgische Technik	335
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	330
6	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	308
7	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	303
8	1-242	Audiometrie	294
9	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	233
10	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	217
11	5-189	Andere Operationen am äußeren Ohr	208
12	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	204
13	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	199
14	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	187

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	184
16	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	183
17	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	179
18	1-20a	Andere neurophysiologische Untersuchungen	177
19	5-983	Reoperation	171
20	1-422	Biopsie ohne Inzision am Pharynx	158
21	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	119
22	5-200	Parazentese [Myringotomie]	116
23	5-985	Lasertechnik	102
24	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	99
25	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	98
26	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	94
27	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	90
28	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	78
29	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	76
30	5-205	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr	76

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-197	Stapesplastik	17
2	5-209	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr	37
3	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	233
4	5-302	Andere partielle Laryngektomie	24
5	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	119
6	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	384
7	5-063	Thyreoidektomie	4
8	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	90
9	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	76
10	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	179
11	5-316	Rekonstruktion der Trachea	24
12	5-303	Laryngektomie	10
13	5-295	Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]	22

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 Tumornachsorge, Facialissprechstunde Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für HNO-Heilkunde erforderlich.
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 Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt (Allgemeinarzt/Praktischer Arzt, HNO-Arzt, Internist, Kinderarzt, Nervenarzt oder Neurologe)
4	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Cochlea-Implantat-Zentrum Das Cochlea Implantat Zentrum bietet Beratung, Hilfe + med. Versorgung für hörgeschädigte Patient*innen aller Altersgruppen an. In unserem CI-Zentrum arbeitet ein interdisziplinäres Team (speziell qualifizierte Ärzte, 1 CI-Audiologin/Ingenieurin für Hörtechnik, Logopädin, med. Fachpersonal)
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ des Klinikums HNO Praxis Ambulante Termine und Zweitmeinungssprechstunde
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Mitglied im Kernteam bei (Neben-)Schilddrüsenkarzinom
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
8	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h) HNO Notfallambulanz in der Zentralen Notaufnahme

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

#	Ambulanz	Leistung
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	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
18	HNO-Ambulanz	VX00 - („Sonstiges“): Tumornachsorge
19	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH27 - Pädaudiologie
20	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH00 - („Sonstiges“): Phoniatrie
21	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH00 - („Sonstiges“): Leistungen der Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
33	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
34	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
35	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
36	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
37	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
38	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie

#	Ambulanz	Leistung
39	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH05 - Cochlearimplantation
40	Cochlea-Implantat-Zentrum	VH05 - Cochlearimplantation
41	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
42	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
43	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
44	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
45	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
46	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

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

B-[2600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	162
2	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	128
3	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	120
4	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	80
5	5-182.0	Resektion der Ohrmuschel: Partiell	70
6	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	68
7	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	68
8	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	31
9	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	28
10	5-250.2	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Exzision	26
11	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	19
12	5-282.1	Tonsillektomie mit Adenotomie: Partiell, transoral	18
13	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	17
14	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	17
15	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	14

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
16	5-272.0	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Exzision, lokal	13
17	5-902.24	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	13
18	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	12
19	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	11
20	5-273.4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Wange	10
21	5-222.0	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie	9
22	5-903.44	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	6
23	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	6
24	5-300.7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Stripping einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch	5
25	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	5
26	5-087.1	Dakryozystorhinostomie: Endonasal	5
27	5-300.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, laryngoskopisch	4
28	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	< 4
29	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	< 4
30	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangsstenose)	< 4

B-[2600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	174
2	5-200	Parazentese [Myringotomie]	148
3	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	145
4	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	139
5	5-182	Resektion der Ohrmuschel	70
6	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	68
7	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	31
8	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	29
9	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	28
10	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	26
11	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	24
12	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	24
13	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	19

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	18
15	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	14
16	5-272	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	13
17	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	13
18	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	9
19	5-087	Dakryozystorhinostomie	5
20	5-184	Plastische Korrektur absteigender Ohren	5
21	5-260	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	5
22	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	4
23	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4
24	5-640	Operationen am Präputium	< 4
25	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
26	5-211	Inzision der Nase	< 4
27	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
28	5-188	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres	< 4
29	5-085	Exzision von erkranktem Gewebe an Tränensack und sonstigen Tränenwegen	< 4
30	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	< 4

B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		16,04	Fälle je VK/Person	188,896378
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,18	Stationär	14,86

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		9,33	Fälle je VK/Person	344,417175
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,18	Stationär	8,15

B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
2	AQ19 - Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (MWBO 2003)

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen (MWBO 2003)
2	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		46,05	Fälle je VK/Person	63,72304
Beschäftigungsverhältnis	Mit	46,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	44,05
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		3,4	Fälle je VK/Person	825,5882
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,4
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,84	Fälle je VK/Person	1525,54346
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,84
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt		0,15	Fälle je VK/Person	18713,332
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,15
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		1,14	Fälle je VK/Person	2462,28076
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,14
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		2,35	Fälle je VK/Person	1550,82874
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,35	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0,54	Stationär	1,81

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	5614
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,03	Fälle je VK/Person	349,564148
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,03

B-[2600].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	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
7	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
8	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
9	PQ12 - Notfallpflege
10	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
11	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
12	PQ20 - Praxisanleitung
13	PQ21 - Casemanagement

B-[2600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP14 - Schmerzmanagement
8	ZP16 - Wundmanagement

#	Zusatzqualifikation
9	ZP20 - Palliative Care

B-[2700] Augenklinik

Prof. Dr. med. Lars-Olof Hattenbach

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 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Lars-Olof Hattenbach
Telefon	0621 503 3051
Fax	0621 503 3081
E-Mail	au@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/augen

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	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
2	VA00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
3	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
4	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
5	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
6	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
7	VA18 - Laserchirurgie des Auges
8	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
9	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
10	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
11	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
12	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
13	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
14	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
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 Das Studienzentrum besteht seit 2008 + ermöglicht klinische Forschungsprojekte gemäß europäischer + internationaler Richtlinien in höchster Qualität. Es werden nationale + internationale klinische Studien in Kooperation mit renommierten Arzneimittelherstellern durchgeführt.
20	VA17 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Augenambulanz, Kataraktsprechstunde / Grauer Star
21	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
22	VA00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

Medizinische Leistungsangebote

B-[2700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1897
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	395
2	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	293
3	H35.38	Sonstige Degeneration der Makula und des hinteren Poles	271
4	H33.2	Seröse Netzhautablösung	111
5	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	83
6	H43.1	Glaskörperblutung	76
7	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	69
8	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	66
9	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	31
10	H40.0	Glaukomverdacht	30
11	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	26
12	H16.0	Ulcus corneae	26
13	H35.6	Netzhautblutung	24
14	H44.1	Sonstige Endophthalmitis	24
15	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	22
16	H27.0	Aphakie	22
17	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	15
18	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	15
19	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	15
20	H47.2	Optikusatrophie	14
21	H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	13
22	H00.0	Hordeolum und sonstige tiefe Entzündung des Augenlides	13
23	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	12
24	H40.6	Glaukom (sekundär) nach Arzneimittelverabreichung	12
25	H25.9	Senile Katarakt, nicht näher bezeichnet	11
26	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	9
27	H47.3	Sonstige Affektionen der Papille	8
28	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	8

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
29	H02.3	Blepharochalasis	7
30	H43.0	Glaskörperprolaps	7

B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Glaukom	543
2	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	439
3	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	304
4	H25	Cataracta senilis	125
5	H43	Affektionen des Glaskörpers	88
6	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	67
7	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	36
8	H16	Keratitis	32
9	H27	Sonstige Affektionen der Linse	29
10	H44	Affektionen des Augapfels	28
11	H26	Sonstige Kataraktformen	24
12	H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	22
13	H34	Netzhautgefäßverschluss	19
14	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	15
15	H00	Hordeolum und Chalazion	14
16	S05	Verletzung des Auges und der Orbita	12
17	T26	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde	9
18	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	9
19	H20	Iridozyklitis	8
20	H04	Affektionen des Tränenapparates	7
21	H21	Sonstige Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers	7
22	H30	Chorioretinitis	7
23	B02	Zoster [Herpes zoster]	6
24	B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	6
25	H46	Neuritis nervi optici	4
26	H53	Sehstörungen	4
27	H31	Sonstige Affektionen der Aderhaut	4
28	D48	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	4
29	H10	Konjunktivitis	< 4

30 H15

Affektionen der Sklera

< 4

B-[2700].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	H40	Glaukom	543
2	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	304
3	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	439
4	H25	Cataracta senilis	125
5	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	36
6	H43	Affektionen des Glaskörpers	88

B-[2700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	480
2	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	461
3	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	420
4	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	364
5	5-158.5	Pars-plana-Vitrektomie: Anfärben von Glaskörper, epiretinalen Membranen oder der Membrana limitans interna mit Triamcinolon oder Farbstofflösungen	309
6	5-157.0	Andere Operationen an der Choroidea: Subretinale Drainage	304
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	177
8	5-139.12	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Einbringen von Medikamenten	160
9	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	141
10	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	140
11	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölentfernung	139
12	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	136
13	5-155.0	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Diathermie	135
14	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	120
15	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	119
16	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	115
17	5-158.43	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölimplantation	98

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
18	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	90
19	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	82
20	5-158.13	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	80
21	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	76
22	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	72
23	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	69
24	5-142.1	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie, chirurgisch	67
25	5-156.1	Andere Operationen an der Retina: Retinektomie	65
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	54
27	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	48
28	5-131.61	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den Kammerwinkel	45
29	5-158.41	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Luft	36
30	5-132.22	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklphotokoagulation: Transskleral	33

B-[2700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	1294
2	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	488
3	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	461
4	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	440
5	1-220	Messung des Augeninnendruckes	420
6	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	390
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	382
8	5-157	Andere Operationen an der Choroidea	305
9	5-156	Andere Operationen an der Retina	232
10	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	180
11	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	116
12	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	100
13	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	80
14	8-020	Therapeutische Injektion	76
15	5-142	Kapsulotomie der Linse	75
16	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	62

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	5-145	Andere Linsenextraktionen	29
18	5-137	Andere Operationen an der Iris	28
19	1-840	Diagnostische Punktion an Auge und Augenanhangsgebilden	24
20	5-125	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik	23
21	5-160	Orbitotomie	23
22	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	17
23	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	16
24	5-138	Operationen an der Sklera	15
25	5-115	Naht der Konjunktiva	14
26	5-167	Rekonstruktion der Orbitawand	14
27	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	11
28	5-169	Andere Operationen an Orbita, Auge und Augapfel	10
29	5-129	Andere Operationen an der Kornea	9
30	5-097	Blepharoplastik	9

B-[2700].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	1294
2	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	390
3	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	461
4	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	440
5	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	488
6	1-220	Messung des Augeninnendruckes	420

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	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

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

#	Ambulanz	Leistung
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
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	789
2	5-142.2	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser	97
3	5-093.2	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch horizontale Verkürzung des Augenlides	83
4	5-091.30	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	81
5	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	80
6	5-091.31	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	61
7	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	61
8	5-091.10	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	47
9	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	38

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
10	5-144.5E	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	32
11	5-112.2	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Exzision mit Plastik	29
12	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	28
13	5-154.0	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Kryopexie	21
14	5-10K.0	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an 2 geraden Augenmuskeln	21
15	5-091.11	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	20
16	5-094.1	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levator-/Aponeurosenfaltung	16
17	5-123.20	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea: Keratektomie: Superfiziell	14
18	5-159.00	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana: Elektrolytlösung	13
19	5-095.11	Naht des Augenlides: Verschluss tiefer Liddefekte: Mit Beteiligung der Lidkante	11
20	5-096.6	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Lideröffnung nach Lidrekonstruktion	11
21	5-094.3	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levatorreinsertion	9
22	5-136.1	Andere Iridektomie und Iridotomie: Iridotomie mit Laser	7
23	5-112.1	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Exzision ohne Plastik	7
24	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	7
25	5-129.4	Andere Operationen an der Kornea: Entfernung einer Hornhautnaht	6
26	5-144.5B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	6
27	5-123.21	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea: Keratektomie: Mit EDTA	6
28	5-155.1	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Kryokoagulation	6
29	5-093.1	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Naht	5
30	5-146.2A	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	5

B-[2700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]	832
2	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	216
3	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	114
4	5-142	Kapsulotomie der Linse	98
5	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	89
6	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	82
7	5-097	Blepharoplastik	38
8	5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	36
9	5-094	Korrekturoperation bei Blepharoptosis	25
10	5-10K	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	21
11	5-123	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea	20
12	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	16
13	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	15
14	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	11
15	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	11
16	5-095	Naht des Augenlides	11
17	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	7
18	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	6
19	5-129	Andere Operationen an der Kornea	6
20	5-149	Andere Operationen an der Linse	5
21	5-137	Andere Operationen an der Iris	4
22	5-115	Naht der Konjunktiva	< 4
23	5-124	Naht der Kornea	< 4
24	5-092	Operationen an Kanthus und Epikanthus	< 4
25	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	< 4
26	5-084	Inzision von Tränensack und sonstigen Tränenwegen	< 4
27	5-090	Inzision des (erkrankten) Augenlides	< 4
28	5-130	Operative Entfernung eines Fremdkörpers aus der vorderen Augenkammer	< 4
29	5-10A	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel	< 4
30	5-120	Operative Entfernung eines Fremdkörpers aus der Kornea	< 4

B-[2700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2700].11 Personelle Ausstattung

B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		11,33	Fälle je VK/Person	220,069611
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,71	Stationär	8,62

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,13	Fälle je VK/Person	604,140137
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,99	Stationär	3,14

B-[2700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ04 - Augenheilkunde

B-[2700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		28,7	Fälle je VK/Person	69,74265
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	27,2

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

Gesamt		1,86	Fälle je VK/Person	1019,89246
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,86

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,57	Fälle je VK/Person	1208,28015
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,57

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,12	Fälle je VK/Person	15808,334
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,12

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	1,55	Fälle je VK/Person	1223,871

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,55

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

Gesamt		1,46	Fälle je VK/Person	1299,31506
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,46

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,4	Fälle je VK/Person	4742,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,4

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		12,57	Fälle je VK/Person	164,527313
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,04	Stationär	11,53

B-[2700].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	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
7	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
8	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
9	PQ12 - Notfallpflege
10	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
11	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
12	PQ20 - Praxisanleitung
13	PQ21 - Casemanagement

B-[2700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath

#	Zusatzqualifikation
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP14 - Schmerzmanagement
7	ZP16 - Wundmanagement
8	ZP20 - Palliative Care

B-[2800] Neurologische Klinik

Prof. Dr. med. Simon Nagel

B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Neurologische Klinik

B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie
2	1700 - Neurochirurgie

B-[2800].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
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	https://www.klilu.de/neuro

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	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
6	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
7	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
8	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
9	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
10	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
11	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
12	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
13	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
14	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
15	VN00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie seltener Stoffwechselleiden
	VN20 - Spezialsprechstunde
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Multiple Sklerose Ambulanz , Botulinumtoxin-Ambulanz, Neuromuskuläre Ambulanz, Ambulanz für Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen, Neurosonologische Ambulanz
17	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
18	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
19	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
20	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VN00 - („Sonstiges“): Parkinsonnetz RheinNeckar+ Das Parkinsonnetz RheinNeckar+ mit seinen Netzwerkteilnehmern aus Medizin, Pharmazie, Therapie, Pflege und Sozialmedizin sowie universitären Einrichtungen ist ein medizin. Versorgungsnetz für Patienten mit Parkinson. Die Neurologische Abteilung des Klinikums ist Gründungsmitglied des Netzwerks.
22	VN00 - („Sonstiges“): Zentrum Neurochirurgie3 Das neu gegründete Zentrum „Neurochirurgie3“ ist eine Kooperation der Neurochirurgischen Klinik der Universitätsmedizin Mannheim, der BG Unfallklinik in Ludwigshafen sowie dem KliLU mit dem Zwecke der Optimierung der medizinischen Versorgung von Patienten mit neurochirurgischem Behandlungsbedarf.
23	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
24	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2028)
25	VO00 - („Sonstiges“): Neuromuskuläres Zentrum Rhein-Neckar Im Neuromuskulären Zentrum betreuen spezialisierte Neurologen und Neuropädiater in Zusammenarbeit mit verschiedenen anderen Fachdisziplinen Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen. Das Neuromuskuläre Zentrum Rhein-Neckar wurde 2023 von der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke rezertifiziert.
26	VN00 - („Sonstiges“): Telemedizinisches Schlaganfallnetzwerk Rheinland-Pfalz Zweck: die Versorgung in Rheinland-Pfalz flächendeckend auf einem hohen Niveau zu ermöglichen. Kern des Netzwerks sind die 6 überregionalen Stroke Units in Rheinland-Pfalz. Als Spezialisten auf dem Gebiet der Schlaganfallbehandlung stellen diese Zentren ihre Expertise rund um die Uhr zur Verfügung.
27	VN24 - Stroke Unit 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 mit 15 Betten.
28	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin In der Medizinische Notaufnahme werden Patienten von einem Neurologen erst versorgt. Zusätzlich besitzt die Klinik eine überregionale Stroke Unit mit 15 Betten sowie neurologisch geführten Betten auf der medizinischen Intensivstation mit 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze.
29	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[2800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3225
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	423
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	272
3	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	248
4	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	181
5	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	86
6	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	79
7	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	72
8	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	61
9	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	59
10	R51	Kopfschmerz	45
11	R20.1	Hypästhesie der Haut	45
12	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	40
13	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	37
14	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	36
15	R42	Schwindel und Taumel	35
16	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	34
17	G44.2	Spannungskopfschmerz	30
18	G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]	28
19	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	28
20	I95.1	Orthostatische Hypotonie	28
21	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	27
22	G51.0	Fazialisparese	26
23	S06.0	Gehirnerschütterung	25
24	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	24
25	H81.2	Neuropathia vestibularis	23
26	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	22

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
27	R55	Synkope und Kollaps	21
28	E86	Volumenmangel	21
29	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	21
30	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	21

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	785
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	387
3	G40	Epilepsie	373
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	124
5	H81	Störungen der Vestibularfunktion	94
6	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	69
7	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	68
8	S06	Intrakranielle Verletzung	60
9	I61	Intrazerebrale Blutung	56
10	R51	Kopfschmerz	45
11	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	40
12	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	39
13	G43	Migräne	39
14	R42	Schwindel und Taumel	35
15	G62	Sonstige Polyneuropathien	35
16	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	34
17	H49	Strabismus paralyticus	31
18	I95	Hypotonie	28
19	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	26
20	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	26
21	G91	Hydrozephalus	26
22	G61	Polyneuritis	24
23	F45	Somatoforme Störungen	24
24	G41	Status epilepticus	23
25	H34	Netzhautgefäßverschluss	22
26	R55	Synkope und Kollaps	21

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
27	E86	Volumenmangel	21
28	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	21
29	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	19
30	M54	Rückenschmerzen	18

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	785
2	G40	Epilepsie	373
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	387
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	124
5	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	68
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	94
7	I61	Intrazerebrale Blutung	56
8	G61	Polyneuritis	24
9	R51	Kopfschmerz	45
10	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	17
11	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	16
12	G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	15

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	2105
2	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1181
3	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	409
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	381
5	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	372
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	343
7	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	338
8	1-206	Neurographie	333
9	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	270

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
10	8-981.33	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfallereinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	262
11	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	262
12	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	199
13	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	182
14	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	134
15	1-205	Elektromyographie [EMG]	133
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	102
17	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	96
18	8-83b.9	Zusatzinformationen zu Materialien: Einsatz eines Embolieprotektionssystems	96
19	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	94
20	8-83b.87	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Thrombektomie-Aspirationskatheter	83
21	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	80
22	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	74
23	1-902.0	Testpsychologische Diagnostik: Einfach	60
24	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	38
25	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	31
26	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	31
27	6-00a.e1	Applikation von Medikamenten, Liste 10: Ocrelizumab, parenteral: 600 mg bis unter 900 mg	27
28	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	27
29	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	23
30	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	17

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	2105
2	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1244
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	1190
4	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1189

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	416
6	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	387
7	1-206	Neurographie	333
8	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	312
9	8-020	Therapeutische Injektion	182
10	1-205	Elektromyographie [EMG]	133
11	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	80
12	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	74
13	1-902	Testpsychologische Diagnostik	60
14	8-547	Andere Immuntherapie	57
15	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	44
16	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	38
17	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	37
18	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	35
19	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	25
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	23
21	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	20
22	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	19
23	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	11
24	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	10
25	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	10
26	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	10
27	8-97e	Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Arzneimittelpumpen	9
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	8
29	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	7
30	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	7

B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2105
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1189
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1244
4	1-205	Elektromyographie [EMG]	133
5	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	416
6	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	387
7	8-547	Andere Immuntherapie	57
8	8-020	Therapeutische Injektion	182
9	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	74
10	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	20

B-[2800].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)	Ambulanz für Multiple Sklerose Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.
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 Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.
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)	Botulinumtoxin-Ambulanz Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen: Ambulante Behandlung extrapyramidaler Erkrankungen mit Botulinus-Toxin unter EMG-Kontrolle.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
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)	Neuromuskuläre Ambulanz Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen
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)	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
8	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
9	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
10	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
11	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h) In der Zentralen Notaufnahme werden die neurologischen Patienten erst versorgt.

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

#	Ambulanz	Leistung
8	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“): Indikationsstellung zur Intervention neurovaskulärer Befunde
9	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“): Verlaufskontrolle komplizierter, komplexer neurovaskulärer Befunde
10	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
11	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
12	Neuromuskuläre Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“): Differentialdiagnostische Abgrenzung zu funktionellen Störungen
13	Neuromuskuläre Ambulanz	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
14	Neuromuskuläre Ambulanz	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
15	Ambulanz für Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen	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

#	Ambulanz	Leistung
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].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	46

B-[2800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	46

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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		20,5	Fälle je VK/Person	161,492233
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,5	Ohne	1
Versorgungsform	Ambulant	0,53	Stationär	19,97

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		9,3	Fälle je VK/Person	367,730865
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,3	Ohne	1
Versorgungsform	Ambulant	0,53	Stationär	8,77

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 Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		48,37	Fälle je VK/Person	68,47134
Beschäftigungsverhältnis	Mit	48,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,27	Stationär	47,1

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

Gesamt		1,47	Fälle je VK/Person	2193,87744
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,47

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,81	Fälle je VK/Person	1781,76807
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,81

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		4,03	Fälle je VK/Person	800,2481
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,03

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,28	Fälle je VK/Person	2519,53125
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,28

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,6	Fälle je VK/Person	575,8929
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,6

In der Neurologischen Klinik sind zusätzlich folgende Berufsgruppen vertreten:

Logopädie: 2,87 VK

Neuropsychologie auf Honorarbasis: 0,5 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	PQ06 - Master
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	PQ21 - Casemanagement
12	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	ZP07 - Geriatrie
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP13 - Qualitätsmanagement
8	ZP16 - Wundmanagement
9	ZP18 - Dekubitusmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP24 - Deeskalationstraining
12	ZP29 - Stroke Unit Care
13	ZP34 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Demenz

B-[3300] Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie

Prof. Dr. med. Matthias Uhl

B-[3300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie

B-[3300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3300 - Strahlenheilkunde

B-[3300].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
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	https://www.klilu.de/strahlen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
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	Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR18 - Szintigraphie
10	Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden
11	Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
12	Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR39 - Radiojodtherapie
13	Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR40 - Spezialsprechstunde
14	Privatambulanz, Ambulanz, Interdisziplinäre Thoraxonkologische Zweitmeinungssprechstunde
15	VR00 - („Sonstiges“): Teil des zertifizierten Onkologischen Zentrums und allen zertifizierten Organzentren Als Teil des zertifizierten Onkologischen Zentrums Ludwigshafen und der zugeordneten und ebenfalls zertifizierten Organzentren arbeiten wir bei der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge der Patienten eng mit allen beteiligten Fachdisziplinen zusammen.
16	VX00 - („Sonstiges“): MVZ des Klinikums Ludwigshafen Strahlentherapie Ambulante Strahlentherapie
17	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Mitglied im Kernteam über das MVZ
18	VU00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Mitglied im Kernteam
19	VU00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Mitglied im Kernteam über das MVZ

B-[3300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	439

Teilstationäre Fallzahl

0

B-[3300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	65
2	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	40
3	C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris	34
4	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	27
5	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	21
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	21
7	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	16
8	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	15
9	C52	Bösartige Neubildung der Vagina	14
10	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	14
11	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	10
12	C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet	9
13	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	9
14	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	8
15	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	8
16	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	7
17	C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	7
18	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	6
19	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	6
20	C11.9	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, nicht näher bezeichnet	6
21	C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	6
22	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	5
23	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	4
24	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	4
25	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	4
26	C04.0	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens	4
27	C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	4
28	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	4
29	C30.1	Bösartige Neubildung: Mittelohr	< 4
30	C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis	< 4

B-[3300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	88
2	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	40
3	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	36
4	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	30
5	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	27
6	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	27
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	21
8	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	16
9	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	15
10	C52	Bösartige Neubildung der Vagina	14
11	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	14
12	C16	Bösartige Neubildung des Magens	12
13	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	11
14	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	9
15	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	8
16	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	8
17	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	8
18	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	7
19	C11	Bösartige Neubildung des Nasopharynx	6
20	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	4
21	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	4
22	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	4
23	C30	Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres	< 4
24	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4
25	C05	Bösartige Neubildung des Gaumens	< 4
26	C83	Nicht follikuläres Lymphom	< 4
27	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	< 4
28	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	< 4
29	C43	Bösartiges Melanom der Haut	< 4
30	C06	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	< 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	2435
2	8-52e	Eine oder mehrere simultan-integrierte Boost-Bestrahlungen [SIB]	456
3	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	224
4	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	165
5	8-522.b1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	119
6	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	62
7	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	53
8	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	43
9	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	42
10	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	41
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	31
12	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	22
13	8-527.0	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach	22
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	21
15	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	20
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	19
17	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	19
18	8-543.51	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	17
19	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	17
20	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	15
21	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	14
22	8-522.30	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	13
23	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	12
24	8-527.1	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad	11

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	8-543.42	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	7
26	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	7
27	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	5
28	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	5
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	5
30	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	5

B-[3300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	2732
2	8-52e	Eine oder mehrere simultan-integrierte Boost-Bestrahlungen [SIB]	456
3	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	265
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	127
5	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	62
6	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	59
7	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	47
8	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	46
9	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	44
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	25
11	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	25
12	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	24
13	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	17
14	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	12
15	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	9
16	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	5
17	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	5
18	6-00f	Applikation von Medikamenten, Liste 15	5
19	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	5
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
21	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
22	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	< 4
24	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
25	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	< 4
26	8-547	Andere Immuntherapie	< 4
27	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
28	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	< 4
29	3-13d	Urographie	< 4
30	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	< 4

B-[3300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Strahlentherapie Ambulante Strahlentherapie
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Mitglied im Kernteam
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Mitglied im Kernteam über das MVZ
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Mitglied im Kernteam über das MVZ

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
2	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
3	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

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

In der Klinik für Strahlentherapie sind zusätzlich 5,30VK MTRA beschäftigt.

B-[3300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		4,23	Fälle je VK/Person	103,782509
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,23

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,45	Fälle je VK/Person	179,18367
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,45

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 Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		11,49	Fälle je VK/Person	38,20714
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,49

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

Gesamt		0,76	Fälle je VK/Person	577,6316
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,76

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,84	Fälle je VK/Person	238,586945
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,84

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,68	Fälle je VK/Person	645,588257
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,68

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	585,3333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	0,75

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,87	Fälle je VK/Person	337,692322
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,57	Stationär	1,3

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	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ07 - Pflege in der Onkologie
5	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
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	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP07 - Geriatrie
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP13 - Qualitätsmanagement
8	ZP16 - Wundmanagement
9	ZP20 - Palliative Care

B-[3400] Hautklinik

Prof. Dr. med. Edgar Dippel

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 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Edgar Dippel
Telefon	0621 503 3303
Fax	0621 503 3366
E-Mail	hautklinik@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/haut

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

#	Medizinische Leistungsangebote
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
25	VD11 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Kassenambulanz (Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Onkosprechstunde)
26	VD00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Mitglied im Kernteam
27	VD00 - („Sonstiges“): Studienzentrum der Hautklinik Es werden klinische Studien durchgeführt, die der Einführung neuartiger Arzneistoffe im Bereich der Hautkrebsbehandlung und der der allgemeinen Hauterkrankungen dienen. Die Kernkompetenz liegt in der qualitätsgesicherten Durchführung von pharmazeutischen Studien der Phasen II-IV.
28	VD00 - („Sonstiges“): Hauttumorzentrum Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2028).

#	Medizinische Leistungsangebote
29	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[3400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2771
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	999
2	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	154
3	A46	Erysipel [Wundrose]	88
4	L40.0	Psoriasis vulgaris	85
5	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	81
6	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	78
7	B02.9	Zoster ohne Komplikation	71
8	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	64
9	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	60
10	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	52
11	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	49
12	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	44
13	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	44
14	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	42
15	C44.59	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes	38
16	L12.0	Bullöses Pemphigoid	33
17	L20.8	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem	30
18	B86	Skabies	29
19	L73.2	Hidradenitis suppurativa	26
20	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	26
21	L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	24
22	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	21
23	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	20
24	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	19
25	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	18

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
26	L30.1	Dyshidrosis [Pompholyx]	17
27	C84.0	Mycosis fungoides	16
28	L30.0	Nummuläres Ekzem	16
29	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	16
30	D23.3	Sonstige gutartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	16

B-[3400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1433
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	255
3	L40	Psoriasis	99
4	B02	Zoster [Herpes zoster]	92
5	A46	Erysipel [Wundrose]	88
6	D03	Melanoma in situ	83
7	L30	Sonstige Dermatitis	67
8	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	42
9	I83	Varizen der unteren Extremitäten	36
10	D04	Carcinoma in situ der Haut	36
11	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	34
12	D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	33
13	L12	Pemphigoidkrankheiten	33
14	B86	Skabies	29
15	L73	Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	29
16	L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	24
17	C84	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	21
18	L28	Lichen simplex chronicus und Prurigo	21
19	L50	Urtikaria	18
20	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	17
21	I87	Sonstige Venenkrankheiten	16
22	L88	Pyoderma gangraenosum	14
23	L71	Rosazea	13
24	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	11
25	C00	Bösartige Neubildung der Lippe	10

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	10
27	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	9
28	L43	Lichen ruber planus	9
29	T63	Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren	8
30	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	7

B-[3400].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1433
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	255
3	D03	Melanoma in situ	83
4	L40	Psoriasis	99
5	A46	Erysipel [Wundrose]	88
6	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	42

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	1796
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	1485
3	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	379
4	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	336
5	5-913.b4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Sonstige Teile Kopf	335
6	5-919.0	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung: 3-5 Tumoren	299
7	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	281
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	259
9	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	240
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	239
11	5-906.04	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Sonstige Teile Kopf	189
12	5-212.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase	134

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	127
14	1-490.4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Rumpf	126
15	8-560.3	Lichttherapie: Lichttherapie UVA 1	123
16	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	122
17	5-895.1a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	121
18	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	121
19	5-913.ba	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Brustwand und Rücken	112
20	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	111
21	5-916.7a	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	108
22	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	101
23	5-895.1f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	98
24	5-903.74	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	88
25	5-916.7f	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	87
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	86
27	5-915.44	Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Elektrokaustik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	84
28	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
29	5-913.54	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	80
30	5-895.16	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Schulter und Axilla	80

B-[3400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2523
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	2456
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1359

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	1028
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	713
6	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	441
7	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	394
8	1-490	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut	378
9	5-915	Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	371
10	5-919	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung	322
11	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	290
12	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	262
13	8-560	Lichttherapie	223
14	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	169
15	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	118
16	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	111
17	5-985	Lasertechnik	101
18	8-547	Andere Immuntherapie	86
19	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	67
20	1-415	Biopsie ohne Inzision an der Gesichtshaut	63
21	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	63
22	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	49
23	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	48
24	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	41
25	8-030	Spezifische allergologische Immuntherapie	34
26	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	29
27	8-190	Spezielle Verbandstechniken	29
28	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	29
29	5-905	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle	28
30	1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung	21

B-[3400].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2523
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1359
3	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	440

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
4	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	394
5	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	118
6	1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung	21

B-[3400].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)	Kassenambulanz Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Melanomsprechstunde, Onkosprechstunde Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich
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)	Lymphomsprechstunde Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Basaliomsprechstunde
5	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	Berufsdermatologische Sprechstunde Detaillierte Untersuchung und Anamneseerhebung Allergologische Diagnostik (Hauttestung, Laboruntersuchungen) Stadiengerechte Therapie und Betreuung in der berufsdermatologischen Sprechstunde Hautschutz- und Präventionsberatung Hautarztberichterstellung, Gutachtenwesen
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Mitglied im Kernteam
7	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[3400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD13 - Ästhetische Dermatologie
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

#	Ambulanz	Leistung
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
13	Kassenambulanz	VD00 - („Sonstiges“): Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Onkosprechstunde
14	Berufsdermatologische Sprechstunde	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
15	Berufsdermatologische Sprechstunde	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

B-[3400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

B-[3400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	9
2	5-903.19	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Hand	9
3	5-903.6A	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Brustwand und Rücken	8
4	5-903.66	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Schulter und Axilla	4
5	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
6	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
7	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 4
8	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	< 4
9	1-564.0	Biopsie am Penis durch Inzision: Glans penis	< 4
10	5-242.2	Andere Operationen am Zahnfleisch: Exzision von erkranktem Gewebe	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-909.24	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Sonstige Teile Kopf	< 4
12	5-906.04	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Sonstige Teile Kopf	< 4
13	5-903.1G	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Fuß	< 4
14	5-091.00	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision: Ohne Beteiligung der Lidkante	< 4
15	5-788.0B	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 1 Phalanx	< 4
16	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	< 4
17	5-903.6E	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Oberschenkel und Knie	< 4
18	5-903.6F	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Unterschenkel	< 4
19	5-903.6G	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Fuß	< 4
20	5-091.10	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	< 4
21	5-906.0E	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Oberschenkel und Knie	< 4
22	5-906.06	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Schulter und Axilla	< 4
23	5-905.14	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Sonstige Teile Kopf	< 4
24	5-906.0A	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Brustwand und Rücken	< 4
25	5-906.07	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Oberarm und Ellenbogen	< 4
26	5-902.54	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Sonstige Teile Kopf	< 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	38
2	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	6
3	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
4	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
5	1-564	Biopsie am Penis durch Inzision	< 4
6	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	5-909	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	< 4
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 4
9	5-242	Andere Operationen am Zahnfleisch	< 4
10	5-905	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle	< 4
11	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
12	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
13	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	< 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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		14,23	Fälle je VK/Person	202,262787
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,53	Stationär	13,7

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,33	Fälle je VK/Person	577,2916
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,53	Stationär	4,8

B-[3400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ20 - Haut- und Geschlechtskrankheiten Volle Weiterbildungsbefugnis (60 Monate)

B-[3400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF03 - Allergologie Volle Weiterbildungsbefugnis (18 Monate)
2	ZF06 - Dermatohistologie (MWBO 2003)
3	ZF31 - Phlebologie Weiterbildung (6 Monate)

B-[3400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		26,65	Fälle je VK/Person	106,127922
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,54	Stationär	26,11
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,19	Fälle je VK/Person	14584,2109
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,19
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		3,45	Fälle je VK/Person	803,1884
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,45
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt		0,14	Fälle je VK/Person	19792,8574
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,14
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		0,6	Fälle je VK/Person	4618,333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		9,89	Fälle je VK/Person	351,204071
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	7,89

B-[3400].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	PQ11 - Pflege in der Nephrologie

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
8	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP16 - Wundmanagement
8	ZP20 - Palliative Care

B-[3500] Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Robert A. Mischkowski

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Robert A. Mischkowski
Telefon	0621 503 3700
Fax	0621 503 3709
E-Mail	gesicht@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/mkpg

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

#	Medizinische Leistungsangebote
3	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
4	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie Chirurgie (computerunterstützt), Patientenspezifische Implantate
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	VZ03 - Dentale Implantologie
13	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
14	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
15	VZ19 - Laserchirurgie
16	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie Interdisziplinäre Korrektur von Schädelnahtsynostosen
17	VZ12 - Epithetik Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen
18	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunden Privatsprechstunde, Allgemeine Ambulanz, Tumornachsorge, Mundschleimhauterkrankungen, Rekonstruktive Chirurgie, Dysgnathie, Kiefergelenk (CMD) Kraniofaziale Fehlbildungen + Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, Implantate + Knochenaufbau, Plastisch-ästhetische Chirurgie, Kiefernekrosen
19	VX00 - („Sonstiges“): Kopf-Hals-Tumorzentrum Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2028).
20	VZ00 - („Sonstiges“): Spaltzentrum Rhein-Neckar 2015 wurde das interdisziplinäre, sektorenübergreifende Kompetenzzentrum zur Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte unter der Bezeichnung Spaltzentrum Rhein-Neckar gegründet. Das Spaltzentrum besteht aus den Einrichtungen der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und der HNO.
21	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[3500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1191
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	112
2	S06.0	Gehirnerschütterung	71
3	K10.28	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer	57
4	K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	48
5	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	47
6	K04.7	Periapikaler Abszess ohne Fistel	44
7	K08.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	37
8	S02.42	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Sonstiger Teil des Jochbeins	34
9	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	33
10	S02.49	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Mehrere Teile	29
11	K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	29
12	S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile	27
13	K13.7	Sonstige und nicht näher bezeichnete Läsionen der Mundschleimhaut	23
14	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	23
15	K12.23	Wangenabszess	22
16	K08.2	Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes	21
17	K12.20	Mund- (Boden-) Phlegmone	20
18	S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae	19
19	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	17
20	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	17
21	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	15
22	K04.8	Radikuläre Zyste	13
23	S02.5	Zahnfraktur	13
24	D16.5	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	13
25	K07.3	Zahnstellungsanomalien	12
26	K02.1	Karies des Dentins	12
27	K10.21	Maxillärer Abszess mit Angabe einer Ausbreitung nach retromaxillär oder in die Fossa canina	11
28	C04.0	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens	11
29	S02.41	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Arcus zygomaticus des Jochbeins	10
30	S02.69	Unterkieferfraktur: Mehrere Teile	10

B-[3500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	232
2	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	207
3	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	105
4	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	76
5	S06	Intrakranielle Verletzung	72
6	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	66
7	J32	Chronische Sinusitis	42
8	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	39
9	K13	Sonstige Krankheiten der Lippe und der Mundschleimhaut	24
10	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	21
11	D16	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels	18
12	K02	Zahnkaries	17
13	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	16
14	S01	Offene Wunde des Kopfes	14
15	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	13
16	K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	12
17	C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	11
18	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	11
19	C06	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	10
20	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	8
21	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	7
22	B02	Zoster [Herpes zoster]	7
23	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	6
24	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	6
25	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	5
26	A46	Erysipel [Wundrose]	5
27	Z43	Versorgung künstlicher Körperöffnungen	5
28	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	5
29	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	5
30	C00	Bösartige Neubildung der Lippe	5

B-[3500].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	207

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
2	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	39
3	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	16
4	C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	11
5	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	5

B-[3500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	200
2	5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	197
3	5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	137
4	5-273.1	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Inzision und Drainage, vestibulär subperiostal	132
5	5-230.1	Zahnextraktion: Mehrwurzeliger Zahn	130
6	5-769.2	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	102
7	8-925.00	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit Stimulationselektroden	82
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	82
9	5-770.7	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	81
10	5-766.3	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, von außen	80
11	5-270.5	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär	76
12	5-230.2	Zahnextraktion: Mehrere Zähne eines Quadranten	68
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	67
14	5-230.0	Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn	59
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	58
16	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	58
17	5-221.7	Operationen an der Kieferhöhle: Osteoplastische Operation, transoral	58
18	5-221.0	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über unteren Nasengang	57
19	5-984	Mikrochirurgische Technik	55
20	5-057.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Hirnnerven extrakraniell	54
21	5-783.0d	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken	53
22	5-760.23	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	50

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	5-77b.0	Knochen transplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen: Transplantation von Spongiosa, autogen	49
24	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	45
25	5-764.13	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	45
26	5-249.2	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen: Operative Fixation eines kieferorthopädischen Gerätes	42
27	5-270.6	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär, kieferwinkelnah	42
28	5-225.5	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer oroantralen Verbindung	41
29	5-770.5	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)	40
30	5-230.5	Zahnextraktion: Sämtliche Zähne	39

B-[3500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-230	Zahnextraktion	495
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	287
3	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	206
4	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	200
5	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	187
6	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	184
7	5-241	Gingivaplastik	172
8	5-270	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	151
9	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	148
10	5-766	Reposition einer Orbitafraktur	113
11	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	105
12	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	98
13	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	91
14	5-760	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur	87
15	5-77b	Knochen transplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	78
16	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	72
17	5-764	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae	70
18	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	69

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
19	5-778	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht	64
20	5-853	Rekonstruktion von Muskeln	62
21	5-856	Rekonstruktion von Faszien	60
22	5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	58
23	5-765	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae	57
24	5-984	Mikrochirurgische Technik	55
25	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	54
26	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	53
27	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	51
28	5-249	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen	50
29	5-244	Alveolarkamplastik und Vestibulumplastik	45
30	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	45

B-[3500].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	148
2	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	105
3	5-77b	Knochentransplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	78
4	5-778	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht	64

B-[3500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	
2	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz Tumornachsorge
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	
3	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz Mundschleimhauterkrankungen

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
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)	MKPG-Ambulanz Rekonstruktive Chirurgie
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)	MKPG-Ambulanz Dysgnathie
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)	MKPG-Ambulanz CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion)
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)	MKPG-Ambulanz LKG-Spalten und Kraniofaziale Fehlbildungen
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)	MKPG-Ambulanz Implantate und Knochenaufbau
9	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 Plastisch-ästhetische Chirurgie
10	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 Kiefernekrosen

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
11	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[3500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ03 - Dentale Implantologie
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ11 - Endodontie
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ12 - Epithetik
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
15	MKPG-Ambulanz Rekonstruktive Chirurgie	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
16	MKPG-Ambulanz CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion)	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
17	MKPG-Ambulanz CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion)	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
18	MKPG-Ambulanz LKG-Spalten und Kraniofaziale Fehlbildungen	VZ17 - Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
19	MKPG-Ambulanz Dysgnathie	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
20	MKPG-Ambulanz Dysgnathie	VZ18 - Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs
21	MKPG-Ambulanz Implantate und Knochenaufbau	VZ03 - Dentale Implantologie
22	MKPG-Ambulanz Implantate und Knochenaufbau	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
23	MKPG-Ambulanz Kiefernekrosen	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
24	MKPG-Ambulanz Mundschleimhauterkrankungen	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

#	Ambulanz	Leistung
25	MKPG-Ambulanz Tumornachsorge	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
26	MKPG-Ambulanz Plastisch-ästhetische Chirurgie	VZ02 - Ästhetische Zahnheilkunde
27	MKPG-Ambulanz Plastisch-ästhetische Chirurgie	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-[3500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	62
2	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	55
3	5-231.23	Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagelter (impakterter) Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	23
4	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	21
5	5-231.20	Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagelter (impakterter) Zahn: Ein Zahn	17
6	5-231.22	Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagelter (impakterter) Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	13
7	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	11
8	5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	10
9	5-231.13	Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagelter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	8
10	5-244.20	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	7
11	5-903.1B	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Bauchregion	4
12	5-903.16	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Schulter und Axilla	4
13	5-243.0	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers: Am Oberkiefer ohne Eröffnung der Kieferhöhle	4
14	5-903.A4	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
15	5-231.00	Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	< 4
16	5-231.10	Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagelter Zahn: Ein Zahn	< 4
17	5-231.12	Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagelter Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	< 4
18	5-245.1	Zahnfreilegung: Mit Osteotomie	< 4
19	5-902.14	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
20	5-231.50	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relict: Ein Zahn	< 4
21	5-231.53	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relict: Mehrere Zähne beider Kiefer	< 4
22	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
23	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
24	5-903.AF	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Unterschenkel	< 4
25	5-903.AA	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	< 4
26	1-697.0	Diagnostische Arthroskopie: Kiefergelenk	< 4
27	5-240.2	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes: Osteotomie des Alveolarkammes [Alveolotomie]	< 4
28	5-237.10	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung: Wurzelspitzenresektion im Frontzahnbereich: Ohne Wurzelkanalbehandlung	< 4
29	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	< 4
30	5-241.4	Gingivaplastik: Korrektur von Schleimhautbändern	< 4

B-[3500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	79
2	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	62
3	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	55
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	35
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	21
6	5-241	Gingivaplastik	12
7	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	8
8	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	5
9	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	5
10	5-245	Zahnfreilegung	< 4
11	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
12	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
13	5-240	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes	< 4
14	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	< 4
15	5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	< 4
17	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
18	5-094	Korrekturoperation bei Blepharoptosis	< 4
19	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	< 4
20	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
21	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	< 4
22	5-773	Arthroplastik am Kiefergelenk	< 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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,71	Fälle je VK/Person	165,187241
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	7,21

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,36	Fälle je VK/Person	354,4643
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,36

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 (MWBO 2003)

B-[3500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		14,23	Fälle je VK/Person	96,59367
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,9	Stationär	12,33

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

Gesamt		0,29	Fälle je VK/Person	4106,89648
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,29

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,81	Fälle je VK/Person	1470,37036
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,81

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,06	Fälle je VK/Person	19850
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,02	Fälle je VK/Person	1167,64709
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,02

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

Gesamt		0,36	Fälle je VK/Person	3308,33325
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,36

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,1	Fälle je VK/Person	11910
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,63	Fälle je VK/Person	730,674866
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,63

B-[3500].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	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
7	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
8	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
9	PQ12 - Notfallpflege
10	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
11	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
12	PQ20 - Praxisanleitung
13	PQ21 - Casemanagement

B-[3500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP14 - Schmerzmanagement
8	ZP16 - Wundmanagement
9	ZP20 - Palliative Care

B-[3600] Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin



Prof. Dr. med. Wolfgang Zink

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Wolfgang Zink
Telefon	0621 503 3000
Fax	0621 503 3024
E-Mail	anaesthesie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/ana

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	VX00 - („Sonstiges“): Klinische Anästhesiologie, Schmerztherapie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin 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. VX00 - („Sonstiges“): Operative Intensivmedizin 2024 wurden auf der operativen Intensivstation 999 Patienten aller Altersstufen betreut (vorwiegend postoperative Patienten). Es stehen 16 Beatmungsplätze zur Verfügung)
3	VI40 - Schmerztherapie Individuelle medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapiekonzepte, Schmerzpumpen (PCA), Periduralkatheter (PDK, PDA) mit Pumpen, interdisziplinäre Betreuung von Tumorpatienten, Akupunktur, TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation), periphere Nervenblockaden
4	VX00 - („Sonstiges“): Akut-Schmerzdienst 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.
5	VI27 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Prämedikationsambulanz
6	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
7	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
8	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
9	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)
10	VX00 - („Sonstiges“): Kooperationspartner Tumorzentren Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin ist ein interner Kooperationspartner für mehrere zertifizierte Organzentren: Brustzentrum Ludwigshafen Darmzentrum Rheinpfalz Gefäßzentrum Hauttumorzentrum Rheinpfalz Onkologisches Zentrum Ludwigshafen Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz
11	VC00 - („Sonstiges“): Präklinische Notfallmedizin Zur Notfallversorgung der Bevölkerung Ludwigshafens steht am Klinikum rund um die Uhr ein Notarzt-Einsatz-Fahrzeug (NEF) bereit. Die Organisation des Notarztstandorts untersteht der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin. Die ärztliche Besetzung übernehmen ca. 30 Ärzt*innen

#	Medizinische Leistungsangebote
	VC71 - Notfallmedizin
12	Die Notfallmedizin ist eine der vier Säulen der Anästhesiologie. Eine Verfügbarkeit des Notfallteams 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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	139
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	7
2	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	6
3	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	5
4	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	5
5	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	4
6	A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	4
7	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	4
8	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	< 4
9	K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	< 4
10	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	< 4
11	R40.0	Somnolenz	< 4
12	S27.2	Traumatischer Hämatothorax	< 4
13	S02.49	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Mehrere Teile	< 4
14	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	< 4
15	A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken	< 4
16	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
17	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	< 4
18	Z03.6	Beobachtung bei Verdacht auf toxische Wirkung von aufgenommenen Substanzen	< 4
19	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	< 4
20	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	< 4
21	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	< 4
22	K44.0	Hernia diaphragmatica mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
23	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
24	R33	Harnverhaltung	< 4
25	K43.1	Narbenhernie mit Gangrän	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
26	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	< 4
27	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	< 4
28	S27.5	Verletzung der Trachea, Pars thoracica	< 4
29	T85.76	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen Gastrointestinaltrakt	< 4
30	A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	< 4

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	A41	Sonstige Sepsis	15
2	I70	Atherosklerose	9
3	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	7
4	J86	Pyothorax	6
5	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	5
6	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	5
7	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	5
8	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	4
9	K80	Cholelithiasis	4
10	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	4
11	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	< 4
12	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	< 4
13	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
14	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	< 4
15	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
16	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	< 4
17	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	< 4
18	A40	Streptokokkensepsis	< 4
19	I63	Hirnfarkt	< 4
20	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4
21	K26	Ulcus duodeni	< 4
22	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	< 4
23	I20	Angina pectoris	< 4
24	G41	Status epilepticus	< 4
25	D37	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	I60	Subarachnoidalblutung	< 4
27	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	< 4
28	H65	Nichteitrige Otitis media	< 4
29	D73	Krankheiten der Milz	< 4
30	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	< 4

B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	368
2	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	288
3	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	238
4	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	148
5	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	128
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	125
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	114
8	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	91
9	8-831.01	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, retrograd	78
10	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	70
11	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	41
12	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	40
13	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	39
14	8-900	Intravenöse Anästhesie	38
15	5-983	Reoperation	36
16	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	35
17	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	33
18	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	31

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	5-916.a6	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Endoösophageal	29
20	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	28
21	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	27
22	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	27
23	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	26
24	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	22
25	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	22
26	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	17
27	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	16
28	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	16
29	8-812.61	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 6 TE bis unter 11 TE	15
30	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	15

B-[3600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	368
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	347
3	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	331
4	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	312
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	241
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	125
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	114
8	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	77
9	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	74
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	74
11	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	71
12	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	70

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
13	5-916	Temporäre Weichteildeckung	55
14	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	52
15	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	50
16	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	41
17	8-900	Intravenöse Anästhesie	38
18	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	37
19	5-983	Reoperation	36
20	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	36
21	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	27
22	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	21
23	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	18
24	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	16
25	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	16
26	5-312	Permanente Tracheostomie	15
27	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	14
28	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	14
29	5-469	Andere Operationen am Darm	13
30	5-311	Temporäre Tracheostomie	11

B-[3600].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	Prämedikationsambulanz
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
6	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallmedizin 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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		52,49	Fälle je VK/Person	2,75302
Beschäftigungsverhältnis	Mit	52,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	50,49
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		29	Fälle je VK/Person	5,14815
Beschäftigungsverhältnis	Mit	29	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	27

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
4	ZF30 - Palliativmedizin

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		55,21	Fälle je VK/Person	2,65115
Beschäftigungsverhältnis	Mit	55,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,78	Stationär	52,43

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

Gesamt		3,36	Fälle je VK/Person	41,36905
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,36

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,06	Fälle je VK/Person	131,13208
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,06

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		5,61	Fälle je VK/Person	24,77718
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,61

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4	Fälle je VK/Person	34,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,86	Fälle je VK/Person	74,73118
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,86

B-[3600].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	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3600].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	ZP24 - Deeskalationstraining
10	ZP29 - Stroke Unit Care

B-[3700] Klinik für Akut- und Notfallmedizin

Dr. med. Peter Brenk

B-[3793].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Akut- und Notfallmedizin

B-[3700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Akut- und Notfallmedizin

B-[3793].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Brenk
Telefon	0621 503-29491
Fax	0621 503-4409
E-Mail	brenkpe@klilu.de
Strasse	Bremserstr.

Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/akutmedizin

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
	VX00 - („Sonstiges“)
1	In der Klinik wurden im Jahr 2024 ca. 52.000 Patienten versorgt, die sich dort als Notfall vorgestellt haben. Das Behandlungsspektrum deckt dabei alle im Gesamtklinikum vertretenen Fachrichtungen ab.
2	VI40 - Schmerztherapie
3	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
4	VC71 - Notfallmedizin
5	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
6	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
7	VR02 - Native Sonographie
8	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
9	VR04 - Duplexsonographie
10	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VI00 - („Sonstiges“): Chest Pain Unit (CPU) zur Behandlung von Patienten mit Brustschmerz
11	Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Zertifikat gültig bis 03.01.2028)
	VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)
12	Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2028)

B-[3700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Die Zentrale Notaufnahme hat eine organisatorisch der Notfallaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation von 6 Betten. Dort können Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.

B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

B-[3700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VA00 - („Sonstiges“): Versorgung von Notfallpatienten

B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700].11 Personelle Ausstattung**B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		23,51	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,51	Ohne	1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	23,51

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,76	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,76	Ohne	1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,76

B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
3	AQ63 - Allgemeinmedizin

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin

B-[3700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

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

Gesamt		23,65	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	23,65

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,08	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,08

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,63	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,63

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

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

Gesamt		0,58	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,58

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,48	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,48

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,86	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,86

B-[3700].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	PQ12 - Notfallpflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
2	ZP23 - Breast Care Nurse

B-[3700_1] Apotheke

Dr. rer. nat. Norbert Marxer

B-[3700_1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Apotheke

B-[3700_1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700_1].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Norbert Marxer
Telefon	0621 503 3030
Fax	0621 503 3033
E-Mail	apotheker@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/apotheker

B-[3700_1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[3700_1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Arzneimittelversorgung Belieferung der Stationen und Bereiche für ambulante und stationäre Patienten mit Arzneimitteln, Infusionen, Röntgenkontrastmitteln und Verbandstoffen
2	VX00 - („Sonstiges“): Erstellung und Fortentwicklung der Arzneimittelliste 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.
3	VX00 - („Sonstiges“): Arzneimittelherstellung In der Rezeptur/Defektur werden Salben, Cremes, Lösungen, Lotionen, Kapseln, Tropfen hergestellt. Im Sterilbereich erfolgt die aseptische Herstellung von Lösungen, Augenarzneimitteln, spez. Zubereitungen zur patientengesteuerten Analgesie (PCA) und Studienmedikationen.
4	VX00 - („Sonstiges“): Arzneimittelherstellung In zwei Sterillaboren erfolgt die aseptische, patientenindividuelle Zubereitung von Arzneimitteln, bei denen neben dem Produktschutz auch der Personenschutz gewährleistet sein muss. Besondere Bedeutung haben die Zytostatika, von denen pro Jahr über 18.000 Zubereitungen hergestellt werden.
5	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen: Stationsapotheker*in Durchführung klinisch-pharmazeutischer Kurvenvisiten, Begleitung ärztlicher Visiten, Unterstützung bei der mikrobiologischen Visite auf den Intensivstationen, Stationsapotheker*in stehen für jegliche pharmazeutische Fragestellung zur Verfügung
6	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen: Stationsapotheker*in Beantwortung der Anfragen von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich Auswahl, Dosierung, Dosisanpassung, Applikation, Kompatibilitäten, Interaktionen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln. Stationsapotheker*in haben drug monitoring und deprescribing im Blick.
7	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen: Stationsapotheker*in Beratung der Ärzte zur individuellen Arzneimitteltherapie der Patienten
8	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Durchführung der Arzneimittelanamnese bei der Patientenaufnahme
9	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen: Stationsapotheker*in Zusätzlich werden durch Vorträge und Projekte patientenübergreifende Themen zur rationalen und sicheren Arzneimitteltherapie angeboten.
10	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Bereitstellung von Informationen zu gelisteten Arzneimitteln
11	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen patientenindividuelle Zubereitung von Therapien zur Tumorbehandlung sowie die Beratung zur Dosisfindung und zum Nebenwirkungsmanagement
12	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Patientenindividuelle Umsetzungsempfehlungen für die häusliche Medikation von Patienten
13	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Bewertung von neuen Präparaten

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Erfassung, Bewertung und Weiterleitung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen
15	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Erstellung von Verbrauchsstatistiken, Beratung zum Arzneimittelverbrauch, Vergleich von Therapiekosten bei vergleichbarer Wirksamkeit
16	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Qualitätskontrolle des Umgangs mit Arzneimitteln v.a. im Rahmen von Stationsbegehungen
17	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Mitarbeit bei klinischen Studien
18	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Geschäftsführung bei der Arzneimittelkommission
19	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Durchführung von klinikinternen Fortbildungen und Schulungen
20	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Antibiotikasurveillance und Leitung des hauseigenen antibiotic-stewardship-Gremiums. Durchführung von Beratung als Teil des antibiotic-stewardship (ABS)-teams.
21	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen Teilnahme an der infektiologischen Visite der Intensivstationen
22	VX00 - („Sonstiges“): Zertifizierung durch die Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz Zertifikat gültig bis 03.08.2026
23	VX00 - („Sonstiges“): Akkreditierung als Akademische Ausbildungsapotheke Gemäß der Richtlinie zur Akkreditierung von Akademischen Ausbildungsapotheken der Apothekerkammer Hamburg wird die Apotheke des Klinikums der Stadt Ludwigshafen akkreditiert. Die Akkreditierung ist gültig vom 1. August 2023 bis 31. Juli 2026.

B-[3700_1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700_1].11 Personelle Ausstattung

In der Apotheke sind folgende Personengruppen beschäftigt:

Personengruppe	VK
Leitende(r) Apotheker(in)	1,0
Fachapotheker(in)	1,73
Apotheker(in)	5,15
Oberarzt(ärztin)	0,50
Pharmazeutisch-Kaufm. Assistent(in)	5,25
Pharmazeutisch-Techn. Assistent(in)	4,22
Praktikant(in)	0,87
Auszubildende(r) (PKA)	0,81
Hilfskraft	1,00
Sachbearbeiter(in)	0,52
Gesamt	21,05

B-[3700_1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

B-[3700_1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3700_2] Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

Prof. Dr. med. Matthias F. Bauer

B-[3700_2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

B-[3700_2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700_2].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
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	https://www.klilu.de/labor

B-[3700_2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[3700_2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten Bakteriologische Untersuchungen, Untersuchungen auf Pilze und Parasiten

#	Medizinische Leistungsangebote
	VX00 - („Sonstiges“): Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie"
2	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
3	VX00 - („Sonstiges“): Harn- und Stuhluntersuchungen Blut im Stuhl, Urinsediment, Urinstreifentest, Schwangerschaftstest, Elektrolyte, Proteine, Mineralien
4	VX00 - („Sonstiges“): Hormonbestimmungen Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Hypophyse, Nebennierenrindenhormone etc.
5	VX00 - („Sonstiges“): Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
6	VX00 - („Sonstiges“): Medikamentenspiegelbestimmungen Antibiotika, Zytostatika, Antiepileptika sowie Lithium
7	VX00 - („Sonstiges“): Toxikologie Drogennachweise, Bestimmung des Alkoholspiegel, Vergiftungen
8	VX00 - („Sonstiges“): Point of Care Testing Blutzuckerbestimmungen, Blutgasbestimmungen inklusive Oximetrie, Urinteststreifen-Diagnostik, Gerinnungsdiagnostik, Ketonbestimmung
9	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten Molekulargenetischer Nachweis von intra- und extrazellulären Bakterien; qualitativer und quantitativer Nachweis von Viren in menschlichen Untersuchungsmaterialien.
10	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen Molekulargenetischer Nachweis von somatischen, therapielevanten Veränderungen in operativ und bioptisch gewonnenem Tumorgewebe.
11	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik und Genetik mitochondrialer Erkrankungen Ein Spezialgebiet des Instituts ist die molekulargenetische Diagnostik mitochondrialer Erkrankungen. Diese Diagnostik steht sowohl den Fachabteilungen des Klinikums als auch externen Einsendern zur Verfügung.
12	VI27 - Spezialsprechstunde Humangenetische Beratung: Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels, insbesondere mitochondriale, neuromuskuläre und neurodegenerative Erkrankungen.
13	VX00 - („Sonstiges“): Hygiene Die Krankenhaushygiene ist Teil des Institutes und ist für die krankenhaushygienische Beratung verantwortlich.
14	VX00 - („Sonstiges“): Transfusionsmedizin immunhämatologische Labordiagnostik und Bereitstellung von Blutkonserven für die Transfusion in den Kliniken und Ambulanzen
15	VX00 - („Sonstiges“): Hämatologie Bestimmung von Blutbildern, Differentialblutbildern, Blutsenkung und durchflusszytometrischer Diagnostik aus Blut, Knochenmark und Punktionen
16	VX00 - („Sonstiges“): Autoimmundiagnostik

#	Medizinische Leistungsangebote
	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen
17	Spezielle laboranalytische Diagnostik des Blutgerinnungssystems als Grundlage für die Beratung und Therapie der stationären Patienten sowie für Patienten im MVZ.
18	VX00 - („Sonstiges“): Liquor-Diagnostik
19	VX00 - („Sonstiges“): Infektserologische Diagnostik
20	VX00 - („Sonstiges“): Virologische Diagnostik
21	VX00 - („Sonstiges“): Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin Akkreditierung (nach DIN EN ISO 15189:2014 und 22870:2017): 31.01.2025
22	VN00 - („Sonstiges“): Neuromuskuläres Zentrum Rhein-Neckar „Expertenkreis Mitochondriale Medizin Rhein-Neckar“, welcher von Herrn Prof. Bauer aus dem Institut für Labormedizin des Klinikums Ludwigshafen geleitet wird und sich der speziellen Diagnostik bei Patienten mit mitochondrialen Erkrankungen widmet.
23	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
24	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
25	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
26	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut

B-[3700_2].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-[3700_2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin Gerinnungsambulanz
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut

B-[3700_2].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	VX00 - („Sonstiges“): Peritransfusionelle Labordiagnostik, Immunhämatologie
2	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Medikamentenspiegelbestimmungen
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunden (Humangenetische Beratung, Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels)
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Medizinische Mikrobiologie, bakteriologische Diagnostik, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Hormonbestimmungen
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie"
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Point of Care Testing
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Hämatologie
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Harn- und Stuhluntersuchungen
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Toxikologie

#	Ambulanz	Leistung
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Transfusionsmedizin
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Liquor-Diagnostik
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Autoimmundiagnostik
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Virologische Diagnostik
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Pilzdiagnostik
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Parasitendiagnostik
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Infektserologische Diagnostik

B-[3700_2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700_2].11 Personelle Ausstattung

Im ILHT sind zusätzlich 50,75 VK MTRL beschäftigt.

B-[3700_2].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 Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,55	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,55	Stationär	8

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,2	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,44	Stationär	6,76

B-[3700_2].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-[3700_2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF11 - Hämostaseologie

#	Zusatz-Weiterbildung

2	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[3700_2].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.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit

38,5

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

Gesamt		0,97	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,6	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,06	Stationär	8,54

B-[3700_3] Institut für Pathologie

Prof. Dr. med. Mindaugas Andrulis

B-[3700_3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Pathologie

B-[3700_3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700_3].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Mindaugas Andrulis
Telefon	0621 503 4301
Fax	0621 503 4330
E-Mail	pathologie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/patho

B-[3700_3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[3700_3].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

#	Medizinische Leistungsangebote
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	VX00 - („Sonstiges“): Kooperation Tumorzentren Als Teil des zertifizierten Onkologischen Zentrums Ludwigshafen und der zugeordneten und ebenfalls zertifizierten Organzentren arbeiten wir bei der Diagnostik eng mit allen beteiligten Fachdisziplinen zusammen.
20	VD15 - Dermatohistologie
21	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehender Facharzt
22	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
23	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
24	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehender Facharzt

Stationäre Leistungen:

Unsere Kernkompetenz liegt in der Versorgung von stationären, insbesondere onkologischen Patienten.

Unsere jährliche Untersuchungen betragen mehr als:

- 5.000 Zytologien
- 25.000 Histologien
- 20.000 Immunhistochemien
- 600 Molekulare Analysen
- 260 interdisziplinäre Tumorkonferenzen des Onkologischen Zentrums Ludwigshafen

Ambulante Leistungen:

Die ambulanten diagnostischen Leistungen erbringen wir im MVZ des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein GmbH.

Mammascreeing

Unser Leitender Oberarzt, Herr Rebel, und Frau Oberärztin Dr. Kuen sind als ausgewiesene Experten aktiv im Mammografie-Screening-Zentrum Vorderpfalz tätig.

Obduktionen

Im Hause werden jährlich mehr als 160 klinische und rechtsmedizinische Obduktionen durchgeführt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit regionalen und überregionalen niedergelassenen Fachärzten für Rechtsmedizin.

Immunhistologie

Das Immuhistolabor verfügt über mehr als 150 primäre Antikörper, die nach höchstem internationalem Standard (NordiqQC) implementiert, validiert und ständig kontrolliert bzw. aktualisiert werden. Dazu zählen sowohl etablierte Biomarker zur personalisierten Therapie als auch Antikörper für die Diagnostik von selteneren Erkrankungen. Die Färbungen werden am vollautomatisierten System durchgeführt. Die Auswertung und Interpretation der Immunhistochemie erfolgt nach aktuellster evidenzbasierter Datenlage mit Einsatz der ImmunoQuery-Datenbank.

Molekulare Diagnostik

Das Institut für Pathologie deckt ein breites Spektrum an molekularer Diagnostik ab. Unter anderem verfügt das Institut über ein sensitives, präzises und IVD-zugelassenes System für molekulare Diagnostik, das die Bestimmung von molekularen Biomarkern für personalisierte Onkologie in weniger als 24h ermöglicht. Die erweiterte molekulare Diagnostik wird von unseren universitären Kooperationspartner Mannheim, Heidelberg und Ulm unterstützt.

B-[3700_3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Die ambulanten diagnostischen Leistungen erbringt das Institut für Pathologie im MVZ des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein GmbH.
2	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehender Facharzt

B-[3700_3].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-[3700_3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700_3].11 Personelle Ausstattung

In der Pathologie sind 11,07 VK MTRL beschäftigt.

B-[3700_3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,52	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,63	Stationär	6,89

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,79	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,79	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0,23	Stationär	2,56

B-[3700_3].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ46 - Pathologie

B-[3700_3].11.2 Pflegepersonal

Die MTLA's der Pathologie werden im A-Teil (unter 11.4 Spezielles therapeutisches Personal) abgebildet.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,98	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,98

B-[3700_4] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Dr. Jürgen Heins



Anke Lang

B-[3700_4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[3700_4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700_4].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Titel, Vorname, Name	Dr. Jürgen Heins
Telefon	0621 503 3651
Fax	0621 503 3660
E-Mail	geriatrie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/iprm

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Therapeutin
Titel, Vorname, Name	Anke Lang
Telefon	0621 503 3651
Fax	0621 503 3660
E-Mail	LangA@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063

Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.kliu.de/iprm

B-[3700_4].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_4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
2	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
3	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
4	VX00 - („Sonstiges“): Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
5	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
6	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
7	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
8	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
9	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
10	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
11	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
12	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
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 Handgelenks und der Hand
21	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms
22	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
23	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Kopfes
24	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Thorax
25	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
26	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von sonstigen Verletzungen

#	Medizinische Leistungsangebote
27	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarms
28	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
29	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Halses
30	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
31	VX00 - („Sonstiges“): Manuelle Lymphdrainage/Kompressionsbehandlung
32	VX00 - („Sonstiges“): Funktionelle Beckenbodenarbeit
33	VX00 - („Sonstiges“): Ergotherapie/Arbeitstherapie
34	VX00 - („Sonstiges“): Atemgymnastik/-therapie
35	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
	VO13 - Spezialsprechstunde
36	Im IPRM können ambulante Termine für physiotherapeutische Anwendungen vereinbart werden.

B-[3700_4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Physikalische Therapie

B-[3700_4].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Physikalische Therapie	VX00 - („Sonstiges“): Im IPRM können ambulante Termine für physiotherapeutische Anwendungen vereinbart werden.

B-[3700_4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700_4].11 Personelle Ausstattung**Personelle Ausstattung:**

Ergotherapeuten	3,01 VK
Masseur/Med. Bademeister	1,58 VK
Physiotherapeut	23,42 VK
Med. Fachangestellte	1,52 VK
Gesamt	29,53 VK

B-[3700_4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

B-[3700_4].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin

B-[3700_4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)

B-[3700_4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,52	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,52

B-[3751] Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie



Prof. Dr. med. Günter Layer

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
2	3200 - Nuklearmedizin

B-[3751].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Günter Layer
Telefon	0621 503 4501
Fax	0621 503 4590
E-Mail	zir@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/radio

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

#	Medizinische Leistungsangebote
2	VR15 - Arteriographie
3	VR16 - Phlebographie
4	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
5	VR41 - Interventionelle Radiologie
6	VR00 - („Sonstiges“): Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung
7	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
8	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
9	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren CT-Angiographie, CT-Kolographie, Kardio-CT; CT-Interventionen (Biopsie, Tumorablation), Osteodensitometrie, Dental-CT
10	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
11	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) Tomosynthese (3-D Mammographie), Stereotaktische Biopsie
12	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
13	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
14	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
15	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren MR-Mamma, MRCP, MR-Kolographie, MR-Angiographie, Herz-MR, Ganzkörper-MRT
16	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
17	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
18	VR02 - Native Sonographie
19	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
20	VR43 - Neuroradiologie
21	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
22	VR47 - Tumorembolisation
23	VX00 - („Sonstiges“): Kooperation Tumorzentren Als Teil des zertifizierten Onkologischen Zentrums Ludwigshafen und der zugeordneten und ebenfalls zertifizierten Organzentren arbeiten wir bei der Diagnostik eng mit allen beteiligten Fachdisziplinen zusammen.
24	VX00 - („Sonstiges“): Regionales Shuntzentrum (Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge) Das Regionale Shuntzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Gesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG und DDG) zertifiziert. (Zertifikat gültig bis 8.12.2024)
25	VX00 - („Sonstiges“): Kooperationen Die radiologische Fachkompetenz fließt in die verschiedenen interdisziplinär arbeitenden Zentren ein. Kooperationsschwerpunkte: Gefäßzentrum, Shuntzentrum, Herzzentrum, Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum, Med. B, Überregionale Stroke Unit, Zentrum für Autoimmunerkrankungen, Cardiac Arrest Center

#	Medizinische Leistungsangebote
	VK00 - („Sonstiges“): CAC (Cardiac Arrest Center)
26	Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)
27	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
28	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
29	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
30	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
31	VX00 - („Sonstiges“): DiagnostiKON (Zentrum für bildgebende Diagnostik) Mit dem DiagnostiKON bietet das Klinikum den weltweit strahlenärmsten und schnellsten Computertomograph. Medizinische Schwerpunkte: nicht-invasive Herz- und Gefäßdiagnostik (K für Kardio), Diagnostik in der speziellen Onkologie (O für Onkologie) + Neuroradiologie (N für Neuro)
32	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Notfalldiagnostik (24h)

B-[3751].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4305
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	3570
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	3356
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2769
5	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2190
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1613
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1251
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	1110
9	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	886
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	823
11	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	605
12	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	484
13	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	376
14	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	325
15	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	322
16	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	318

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
17	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	282
18	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	267
19	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	257
20	8-836.xx	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Sonstige	245
21	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	243
22	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	230
23	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	218
24	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	215
25	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	199
26	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	198
27	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	177
28	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	172
29	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	167
30	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	156

B-[3751].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4305
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	3570
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	3356
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2769
5	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2190
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1613
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1251
8	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	1145
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	1110
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	886
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	823
12	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	605
13	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	484
14	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	376
15	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	325
16	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	322

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	318
18	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	284
19	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	282
20	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	267
21	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	257
22	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	243
23	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	233
24	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	215
25	8-531	Radiojodtherapie	210
26	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	202
27	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	199
28	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	198
29	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	172
30	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	167

B-[3751].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	Vor- und Nachstationäre Diagnostik Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Hinzuzuziehendes Institut Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
7	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	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR15 - Arteriographie
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR41 - Interventionelle Radiologie
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR43 - Neuroradiologie
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR16 - Phlebographie
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR47 - Tumorembolisation

B-[3751].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

B-[3751].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie werden in Kooperation mit der Chirurgischen Klinik B alle zugelassenen minimal invasiven interventionellen Verfahren (Biopsien, PTA) durchgeführt.

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-836.0S	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	9
2	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	8

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
3	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	6
4	8-836.0Q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	< 4
5	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
6	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 4
7	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	< 4
8	5-431.22	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode ohne Fixierung durch Naht, ohne jejunale Sonde	< 4
9	8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	< 4
10	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	< 4

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

Im ZIR sind zusätzlich 21,49 VK MTRA beschäftigt.

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		19,57	Fälle je VK/Person	12,25919
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,97	Ohne	0,6
Versorgungsform	Ambulant	2,44	Stationär	17,13

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,47	Fälle je VK/Person	23,12775
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,87	Ohne	0,6
Versorgungsform	Ambulant	1,39	Stationär	9,08

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 Arbeitszeit	38,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,06	Fälle je VK/Person	32,25806
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,55	Stationär	6,51

C-Teil



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

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation	
Fallzahl	266
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	266
09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	9
09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	22
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	22
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	
Fallzahl	77
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	77
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	
Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	29
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	29
10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	162
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	162
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	327
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	327

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	330
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	330

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	284
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	284

CHE - Cholezystektomie

Fallzahl	253
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	253

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	624
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	624

HCH - Herzchirurgie

Fallzahl	894
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	894

HCH_AK_CHIR - Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe

Fallzahl	146
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	146

HCH_KC - Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen

Fallzahl	381
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	381

HCH_MK_CHIR - Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe

Fallzahl	108
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	108

HCH_MK_KATH - Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe

Fallzahl	29
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	29

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	1746
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	1746

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,86

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 2,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,06

Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 2,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	243
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	6,59
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 1,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

4. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische

	Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 3,13
Fallzahl	
Grundgesamtheit	243
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,95
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58001
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

	Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,43 - 1,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	255
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	12,00
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58005
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten

	Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 1,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	255
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	7,43
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58006
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der

	Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 1,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. 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	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten

	Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	2,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,02 - 2,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34174
Beobachtete Ereignisse	221
Erwartete Ereignisse	95,79
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. 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	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35

Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,43 - 0,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34174
Beobachtete Ereignisse	172

10. 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	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 0,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34174
Beobachtete Ereignisse	47

11. 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	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01

Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

12. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34174
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,03
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
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

14. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. 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	172000_10211
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
In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen,	

Fachlicher Hinweis IQTIG	ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

17. 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

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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

18. 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	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische

	Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	96,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,33 - 98,93

Fallzahl	
Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	77
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	141800
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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	131801
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	5,23
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,12 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	
Ergebnis-ID	52316
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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 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 System-wechsel 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.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	96,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,29 - 97,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	307
Beobachtete Ereignisse	295
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
25. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,75

Fallzahl

Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische

	Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	5,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,02 - 12,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	0,78
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51186
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	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 10,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132001
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	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den

	„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/ 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	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 2,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132002
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG	entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/ 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	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,51
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde	
Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64

Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,30 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	29
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). 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	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stimmungsungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,63
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51196
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	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,76
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	2,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 7,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,62 (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 mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Rechnerisches Ergebnis	3,96

Vertrauensbereich Krankenhaus	2,02 - 7,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	202
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02

Rechnerisches Ergebnis	0,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 0,41
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 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 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
Einheit	%
Bundesergebnis	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20

Rechnerisches Ergebnis	96,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,64 - 97,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	879
Beobachtete Ereignisse	845

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 1,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 2,16
Fallzahl	

Grundgesamtheit	266
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,96
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,38 (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 Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/ 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	0,99

Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 1,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	201
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	8,68
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,54 (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. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2195
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	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische

	Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/ 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	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 5,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%

Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stimmungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,81
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. 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	52240
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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	%

Bundesergebnis	6,98
Vertrauensbereich bundesweit	3,24 - 14,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. 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	11704
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	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,35

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 1,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11724
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	119
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,57

50. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162301
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

51. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	605
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0

52. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	606
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,56 - 2,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

53. 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	51859
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,76 - 3,49
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	0

54. 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	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	2,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 6,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. 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	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,22
Rechnerisches Ergebnis	1,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 7,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

56. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162304
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,83
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

57. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,74
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 2,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

58. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich;

Fachlicher Hinweis IQTIG	daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 3,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

59. 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	51860
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,05
Vertrauensbereich bundesweit	2,43 - 3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

60. 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	161800
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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	92,31
Vertrauensbereich bundesweit	92,01 - 92,60
Rechnerisches Ergebnis	97,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,73 - 98,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	137
Beobachtete Ereignisse	133
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	382001

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,20
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,64
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,67 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

62. Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	
Ergebnis-ID	382002
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,92 - 2,59
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	0

63. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	382006
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,94

Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,50 - 4,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	382007
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stimmungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 3,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,09 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

65. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	372002
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten

	Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	1,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 2,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	316
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	9,37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,17 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

66. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	372006
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das

	Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	2,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,59 - 4,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	325
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	4,80
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	372007
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung

	in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	2,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,59 - 3,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	321
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	7,21
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

68. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	352001
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 1,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,95 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

69. Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	
Ergebnis-ID	352002
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,86

Vertrauensbereich bundesweit	4,60 - 5,14
Rechnerisches Ergebnis	6,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,70 - 10,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	329
Beobachtete Ereignisse	23

70. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	352007
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	1,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,96 - 2,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	311
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	10,35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	352008
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,75 - 2,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	308
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	11,22
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,46 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

72. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	402003
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,28
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

73. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	402011
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,18
Rechnerisches Ergebnis	1,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,91 - 3,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	3,82
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	402012
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,61 - 2,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	6

Erwartete Ereignisse	4,57
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,29 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

75. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	392003
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,52
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

76. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	392011
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 2,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	392012
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	0,91

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,32 - 2,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,14 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

78. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,65
Vertrauensbereich bundesweit	98,57 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	98,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,58 - 99,77
Fallzahl	
Grundgesamtheit	185
Beobachtete Ereignisse	183
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. 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)

Ergebnis-ID	212000
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,20
Vertrauensbereich bundesweit	95,73 - 96,62
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,19 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	27
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,85 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. 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)

Ergebnis-ID	212001
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	88,66
Vertrauensbereich bundesweit	88,27 - 89,05
Rechnerisches Ergebnis	94,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,60 - 97,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	105
Beobachtete Ereignisse	99
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 70,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG	in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,73 - 99,04
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	62,06 - 99,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,97

Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,63 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	182
Beobachtete Ereignisse	182
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

83. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig 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	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0

84. 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	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,04
Vertrauensbereich bundesweit	2,62 - 3,51
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	97,33
Vertrauensbereich bundesweit	97,14 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,54 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	71
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,64
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 1,75
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	128

Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stimmungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,63
Vertrauensbereich bundesweit	99,58 - 99,68
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,34 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	150
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 98,69 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

88. Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Ergebnis-ID	212400
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	80,10
Vertrauensbereich bundesweit	79,81 - 80,39
Rechnerisches Ergebnis	67,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,14 - 74,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	169
Beobachtete Ereignisse	114
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 38,35 % (5. Perzentil)
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 mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Rechnerisches Ergebnis	82,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,86 - 87,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	149
Beobachtete Ereignisse	123
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90. 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	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der

	Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

91. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt	
Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1821
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

92. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Rechnerisches Ergebnis	95

Vertrauensbereich Krankenhaus	91,07 - 97,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	180
Beobachtete Ereignisse	171
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	13,19

Vertrauensbereich Krankenhaus	1,19 - 62,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stimmungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,32

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,61 - 2,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

95. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen

Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	91,10

Vertrauensbereich Krankenhaus	88,15 - 93,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	82,20

Vertrauensbereich Krankenhaus	79,74 - 84,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

97. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	81,80

Vertrauensbereich Krankenhaus	79,96 - 83,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	79,26

Vertrauensbereich Krankenhaus	75,08 - 83,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	48
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert	
Ergebnis-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	98,61

Vertrauensbereich Krankenhaus	93,12 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen	
Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	80,83

Vertrauensbereich Krankenhaus	73,74 - 87,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	48
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor	
Ergebnis-ID	56109
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Rechnerisches Ergebnis	75
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,24 - 82,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	48

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Rechnerisches Ergebnis	84,11

Vertrauensbereich Krankenhaus	73,84 - 92,34
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung	
Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Rechnerisches Ergebnis	81,85

Vertrauensbereich Krankenhaus	77,95 - 85,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Rechnerisches Ergebnis	60,64

Vertrauensbereich Krankenhaus	54,27 - 67,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

Ergebnis-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Rechnerisches Ergebnis	50,96

Vertrauensbereich Krankenhaus	39,38 - 62,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Rechnerisches Ergebnis	80,77

Vertrauensbereich Krankenhaus	56,38 - 96,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stimmungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Rechnerisches Ergebnis	79,20

Vertrauensbereich Krankenhaus	71,29 - 86,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	94,77

Vertrauensbereich Krankenhaus	89,20 - 98,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,53 - 1,29

Fallzahl

Grundgesamtheit	48

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 1,48
Fallzahl	

Grundgesamtheit	12
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. 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

Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,02
Vertrauensbereich bundesweit	94,45 - 95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

112. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den

	„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,04
Vertrauensbereich bundesweit	99,00 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,13 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	130
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

113. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	52249
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische

	Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,12 - 1,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	330
Beobachtete Ereignisse	130
Erwartete Ereignisse	100,88
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,28 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

114. 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	
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	19,89
Vertrauensbereich bundesweit	19,70 - 20,08

Rechnerisches Ergebnis	21,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,29 - 32,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	14

115. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182300_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	34,02
Vertrauensbereich bundesweit	33,69 - 34,35
Rechnerisches Ergebnis	32,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,13 - 49,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	11

116. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182301_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,64 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16

117. 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	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,02
Vertrauensbereich bundesweit	3,93 - 4,12
Rechnerisches Ergebnis	6,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,20 - 14,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	6

118. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182302_52249

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	7,92
Vertrauensbereich bundesweit	7,69 - 8,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

119. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182303_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100
Rechnerisches Ergebnis	100

Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

120. 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	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	73,47
Vertrauensbereich bundesweit	73,19 - 73,75
Rechnerisches Ergebnis	85,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,00 - 91,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	58

121. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182005_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich;

	daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,11
Vertrauensbereich bundesweit	92,72 - 93,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

122. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182006_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	87,13
Vertrauensbereich bundesweit	86,47 - 87,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

123. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	75,51
Vertrauensbereich bundesweit	74,92 - 76,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

124. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182008_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,85 - 100
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

125. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182009_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	47,41
Vertrauensbereich bundesweit	46,87 - 47,95
Rechnerisches Ergebnis	50
Vertrauensbereich Krankenhaus	21,52 - 78,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	4

126. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,26 - 0,52
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

127. 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	321
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,27
Vertrauensbereich bundesweit	0,25 - 0,28
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,18

Fallzahl	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0

128. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51397
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich;

Fachlicher Hinweis IQTIG	daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,81

129. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

	Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

130. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend	
Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GE BH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,67

Vertrauensbereich bundesweit	96,41 - 96,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

131. 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	51803
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
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

132. 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	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen

	der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,23 - 1,60
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 57,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07

133. 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	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	1,13

Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,71

134. 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)

Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/>

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,84

135. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/>

Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,18 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,17

Fallzahl

Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,73

136. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der

Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	200
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25

137. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	179
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,15

138. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10

139. 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	182010
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stufenverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,12
Vertrauensbereich bundesweit	0,10 - 0,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

140. 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	182011
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	2,63
Vertrauensbereich bundesweit	2,53 - 2,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,66 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

141. 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	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,49
Vertrauensbereich bundesweit	8,36 - 8,62
Rechnerisches Ergebnis	12,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,58 - 16,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	329
Beobachtete Ereignisse	42
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,76 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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, Rheinland-Pfalz])	Ja

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

#	DMP
1	Brustkrebs

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Zertifikat "Aktion Saubere Hände" in Bronze	
Leistungsbereich	Gesamthaus
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 31.12.2024
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Kriterien ASH
Rechenregeln	gem. Kriterien ASH
Referenzbereiche	gem. Kriterien ASH
Vergleichswerte	https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/
Quellenangabe	https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/
AZAV - Arbeitsförderung	
Leistungsbereich	Gesamthaus
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 20.09.2026
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://www.tuvsud.com/de-de/dienstleistungen/auditierung-und-zertifizierung/bildung-und-schule/azav
Fachliche Anforderungen an die Apotheke nach den Kriterien der LAK RLP und nach DIN EN ISO 9001:2015	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 03.08.2026
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://lak-rlp.de/apotheker-/team/qms
Ringversuch des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen.	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Gültiges Zertifikat liegt in der Apotheke vor, Ringversuche finden fortlaufend unterjährig statt
Messzeitraum	Jährlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://zentrallabor.com/ringversuche/rezeptur-ringversuch/
Ringversuch Arzneimittelinformation gem. den Anforderungen des Bundesverbandes Deutscher	

Krankenhausapotheker (ADKA)	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Gültiges Zertifikat liegt in der Apotheke vor, Ringversuche finden fortlaufend unterjährig statt
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	www.adka.de

Ringversuch Medikationsanalyse (Identifizierung arzneimittelbezogener Probleme, Formulierung adäquater Lösungsvorschläge, Erstellung eines Medikationsplans und Erstellung eines Arztbriefes)	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Gültiges Zertifikat liegt in der Apotheke vor, Ringversuche finden fortlaufend unterjährig statt
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://www.abda.de/

Antibiotikaverbrauchs-Surveillance-Projekt ADKA-if-RKI	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	(Antibiotikaverbrauchsdaten des Klinikums und seiner Abteilungen sowie Benchmarkdaten)
Messzeitraum	Jährlich
Datenerhebung	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Rechenregeln	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Referenzbereiche	Antibiotika-RDD und -DDD
Vergleichswerte	ADKA-if-RKI Antiinfektiva-Surveillance: 14. Krankenhausvergleichsreport
Quellenangabe	www.antiinfektiva-surveillance.de

Hygienemonitoring des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von Hygienemaßnahmen in der Apotheke	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Gültiges Zertifikat liegt in der Apotheke vor, Ringversuche finden fortlaufend unterjährig statt
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://zentrallabor.com/ringversuche/hygienemonitoring/

Informationssicherheitsmanagementsystem KRITIS (ISO/IEC 27001:2017)	
Leistungsbereich	Innovation und Technologie Rhein-Neckar Ludwigshafen GmbH (ITRNLU)

Ergebnis	Zertifikat gültig bis 14.07.2027
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://www.tuvsud.com/de-de/dienstleistungen/auditierung-und-zertifizierung/cyber-security-zertifizierung/kritis

Zertifizierung "Angehörigenfreundlichen Intensivstation"

Leistungsbereich	Intensivstationen (Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 02.03.2027
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Rechenregeln	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Referenzbereiche	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Vergleichswerte	https://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/Angehoeigenfreundliche-Intensivstationen_Stand-01.10.2
Quellenangabe	https://www.dgf-online.de/angehoerigenfreundliche-intensivstation/

Akkreditierung klinische Chemie, Molekulare Diagnostik, Mikrobiologie, Serologie, Transfusionsmedizin, POCT, Infekterologie, Immunologie, Virologie

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Akkreditierung 31.01.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Gemäß DIN EN ISO 15189:2014 und DIN EN ISO 22870:2017
Vergleichswerte	Benchmark mit akkreditierten Referenzhäusern und Referenzlaboratorien
Quellenangabe	DIN EN ISO 15189:2014, DIN EN ISO 22870:2017

Teilnahme an externen Qualitätskontrollen nach RiliBÄK 2023 für alle Bereiche des ILHT.

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Deutschlandweiter Benchmark
Messzeitraum	mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2023 und DIN EN ISO 22870:2016 sowie DIN EN ISO 15189:2014
Datenerhebung	Ja
Vergleichswerte	Benchmark mit Referenzhäusern und Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK 2019 und DIN-Normen
Quellenangabe	www.instandev.de , www.rfb.bio , DIN EN ISO 22870:2016; DIN EN ISO 15189:2014 und RiliBÄK 2023

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, DIN EN ISO 15189:2016

Referenzlaboratorium für die Firmen Bio-Rad und Thermo-Fisher

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich gemäß RiliBÄK 2023
Datenerhebung	Ja
Quellenangabe	www.bio-rad.com, www.thermofisher.com und RiliBÄK 2023

Laborvergleiche in der Serologie, Hämatologie 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, https://www.esfeqa.eu/home/

Externe Qualitätssicherung bei der ECAT-Foundation in der Gerinnung und Immunologie

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
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: https://www.nrz-hygiene.de/kiss
Rechenregeln	Module unter: https://www.nrz-hygiene.de/kiss
Referenzbereiche	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/kiss
Vergleichswerte	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/kiss
Quellenangabe	https://www.nrz-hygiene.de/kiss

Überwachung durch das Landesamt für mess- und Eichwesen RLP

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

Ergebnis	Erlaubnis zur Durchführung von Laboruntersuchungen
Messzeitraum	alle 3 Jahre
Datenerhebung	gemäß RiliBäk 2023
Vergleichswerte	Benchmark mit Referenzlaboratorien über Ringversuche
Quellenangabe	https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-stellungnahmen

Überwachung der Gewinnung, Verarbeitung, Lagerung und Prüfung von Gewebe und Gewebezubereitungen sowie Blut und Blutprodukten durch das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich, externe Begehung
Datenerhebung	gemäß Arzneimittelgesetz
Quellenangabe	https://lsjv.rlp.de/themen/gesundheit/pharmazie/ueberwachung-von-gewebe-und-bluteinrichtungen

Abklärungswürdiger Befund

Leistungsbereich	Institut für Pathologie / Wöchentliche Sitzungen des Senologischen Arbeitskreises
Ergebnis	Kategorisierung nach B-Klassifikation (B1-B5)
Quellenangabe	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html AWMF-Register-Nummer: 032-0450L

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
Datenerhebung	Ja
Quellenangabe	https://www.quip.eu/de_DE/ringversuche

Qualitätsindikatoren der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie und NordiQC

Leistungsbereich	Institut für Pathologie
Ergebnis	Ergebnis der Ringversuche
Messzeitraum	3x bis 4x im Jahr
Datenerhebung	Ja
Quellenangabe	https://www.quip.eu/de_DE/ringversuche/ringversuchsberichte https://www.nordiqc.org/recommended.php

Deutsches Reanimationsregister

Leistungsbereich	Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin
Ergebnis	Erfassung außerklinisch u. innerklinisch reanimierter Patienten u. Notfallversorgungen in d. Klinik
Messzeitraum	k.A.
Datenerhebung	Ja

Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register
Quellenangabe	https://www.reanimationsregister.de/

JuMBO-Register	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik A (Rheumatologie)
Ergebnis	Folgeregister
Messzeitraum	halbjährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	https://www.drfs.de/ueber-uns/patienteninformationen/studien-in-kinder-und-jugendrheumatologie/das-jumbo-register/

GeVas Register	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik A
Ergebnis	Dokumentation Langzeitverlauf v.Vaskulitiden v. Patienten mit neu diagnostizierte Vaskulitis
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	https://fairvasc.eu/the-gevas-registry/

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	https://rhekiss.de

Onkologisches Zentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik A - Onkologisches Zentrum Ludwigshafen
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/

Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/

Zentrum für Hämatologische Neoplasien: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik A - Onkologisches Zentrum Ludwigshafen			
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2028			
Messzeitraum	kontinuierlich			
Datenerhebung	Erhebungsbogen,	Kennzahlenbogen	und	Matrix unter https://www.onkozert.de/system/haematologie/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/haematologie/			
Referenzbereiche	Erhebungsbogen,	Kennzahlenbogen	und	Matrix unter https://www.onkozert.de/system/haematologie/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/haematologie/			
Quellenangabe	Erhebungsbogen,	Kennzahlenbogen	und	Matrix unter https://www.onkozert.de/system/haematologie/

PCI-Register

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	s. Bundesauswertung DeQS
Messzeitraum	offen
Datenerhebung	gem. Protokoll
Rechenregeln	multivariate Analyse
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register
Quellenangabe	https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pci/

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.

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	https://zmk.dgk.org/

Heart Failure Unit Zentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Dt. Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Dt. Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B - Heart Failure Unit Zentrum (HFU)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 09.02.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://hfu.dgk.org/
Quellenangabe	https://hfu.dgk.org/

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 22.03.2028
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://www.grc-org.de/unsere-arbeit-projekte/4-2-Cardiac-Arrest-Center-CAC

Chest Pain Unit: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) für Chest Pain Units

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B - Chest Pain Unit (CPU)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 03.01.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://cpu.dgk.org/
Quellenangabe	https://cpu.dgk.org/

Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 04.04.2026
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://curricula.dgk.org/ik/
Quellenangabe	https://curricula.dgk.org/ik/

Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	Zertifikat liegt vor
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://curricula.dgk.org/sr/
Quellenangabe	https://curricula.dgk.org/sr/

Papillotomieregister (externe Maßnahme zur Sicherung der Ergebnisqualität der Endoskopischen Papillotomie mittels einer prospektiven Vollprobenerhebung)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik C
Ergebnis	Anonymer Benchmark
Datenerhebung	Ja
Quellenangabe	http://www.papillotomieregister.de/

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	Medizinische Klinik C - Diabeteszentrum
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 30.12.2026
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://www.ddg.info/behandlung/zertifizierung/diabeteszentrum-ddg
Quellenangabe	https://www.ddg.info/behandlung/zertifizierung/diabeteszentrum-ddg

Brustzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Brustzentrum Ludwigshafen (Frauenklinik)

Ergebnis	Zertifikat gültig bis 05.11.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/brust/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/brust/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/brust/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/brust/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/brust/

Darmzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Darmzentrum Rheinpfalz (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/darm/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/darm/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/darm/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/darm/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/darm/

Magenzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Magenzentrum (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/

Pankreaskarzinomzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz (Medizinische Klinik C und Chirurgische Klinik A)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/

Gefäßzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)

Leistungsbereich	Chirurgische Klinik B - Gefäßzentrum
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 14.07.2027
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://www.dga-gefaessmedizin.de/qualitaetssicherung/zertifizierung-gefaesszentren
Quellenangabe	https://www.dga-gefaessmedizin.de/qualitaetssicherung/zertifizierung-gefaesszentren

Regionale Shunt-Zentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien verschiedener Fachgesellschaften: DGA, DGfN, DeGIR, DRG u. DGG

Leistungsbereich	Chirurgische Klinik B - Regionales Shunt-Zentrum (Medizinische Klinik A, Radiologie)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 18.12.2027
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/zentren-fuer-dialysezugaenge.html
Quellenangabe	www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/zentren-fuer-dialysezugaenge.html

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	https://www.digg-dgg.de/

Karotis-Revaskularisation - offen chirurgisch (Modul 10/2)

Leistungsbereich	Chirurgische Klinik B
Ergebnis	Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für den aufgeführten Qualitätsindikator
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	QS-Daten
Referenzbereiche	Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators.
Quellenangabe	https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-karotis/

Hauttumorzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Hauttumorzentrum Rheinpfalz (Hautklinik)

Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/haut/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/haut/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/haut/
Vergleichswerte	https://www.onkoziert.de/system/haut/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/haut/

Überregionale Stroke Unit mit 14 Betten: Zertifizierung nach den Anforderungen der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

Leistungsbereich	Klinik für Neurologie - Überregionale Stroke Unit
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 23.08.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html
Quellenangabe	http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html

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	https://sqmed.de/schlaganfall.php

Neuromuskuläres Zentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM)

Leistungsbereich	Klinik für Neurologie - Neuromuskuläres Zentrum
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 01.01.2026
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog

Vergleichswerte	https://www.dgm.org/diagnose-therapie/neuromuskulaere-zentren
Quellenangabe	https://www.dgm.org/diagnose-therapie/neuromuskulaere-zentren

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	https://www.clarcert.com/systeme/cive-1/system.html

Kopf-Hals-Tumorzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	HNO-Klinik - Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen (Klinik für MKPG)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/

Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) nach den Anforderungskriterien der DIN EN ISO 13485:2016

Leistungsbereich	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP)
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

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	https://degir.de/qualitaetssicherung/
Rechenregeln	https://degir.de/qualitaetssicherung/
Referenzbereiche	https://degir.de/qualitaetssicherung/
Vergleichswerte	https://degir.de/qualitaetssicherung/
Quellenangabe	https://degir.de/qualitaetssicherung/

Mitglied im Bundesverband Geriatrie	
Leistungsbereich	Klinik für Geriatrie
Ergebnis	Aufnahme in den BV Geriatrie
Messzeitraum	einmaligen Prüfung der Aufnahmekriterien im Mai 2022
Datenerhebung	vor-Ort-Prüfung der räumlichen, personellen, strukturellen und fachlichen Eignung
Referenzbereiche	gemäß Anforderungskatalog BV Geriatrie
Vergleichswerte	gemäß Anforderungskatalog BV Geriatrie
Quellenangabe	www.bv-geriatrie.de

Qualitätssicherung in der Strahlentherapie und Nuklearmedizin nach § 130 StrlSchV	
Leistungsbereich	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie
Ergebnis	Stufe 1 / sehr hohe Qualität - Gültigkeit bis Januar '28
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Überprüfung der strahlentherapeutischen Einrichtung (Ärztl. Stelle zur Qualitätssicherung in der Strahlentherapie und Nuklearmedizin der Landeskammer/RLP und der Kassenärztlichen Vereinigung/RLP)
Rechenregeln	gem. Strahlenschutzverordnung (§ 130 StrlSchV)
Referenzbereiche	gem. Strahlenschutzverordnung (§ 130 StrlSchV)
Vergleichswerte	gem. Strahlenschutzverordnung (§ 130 StrlSchV)
Quellenangabe	gem. Strahlenschutzverordnung (§ 130 StrlSchV)

Harnblasenkrebszentrum Rheinpfalz	
Leistungsbereich	Urologische Klinik
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.09.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/uro/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/uro/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/uro/
Vergleichswerte	https://www.onkoziert.de/system/uro/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/uro/

Nierenkrebszentrum Rheinpfalz	
Leistungsbereich	Urologische Klinik
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.08.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/uro/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/uro/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkoziert.de/system/uro/

Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/uro/
Quellenangabe	https://www.onkozert.de/system/uro/

Prostatakarzinomzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Urologische Klinik - Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.09.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/prostata/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/prostata/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/prostata/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/prostata/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/prostata/

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

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	26
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	43
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Erbrachte Menge	245
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Erbrachte Menge	84

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	26
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	18
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	43
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	49

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	245
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	273

Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	84
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	81

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.

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
2	CQ03: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde
3	CQ25: Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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	208
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	47
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	47

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - AU01 - Tagschicht	100 %
2	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - AU01 - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Urologie - CH01/CH01W - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	100 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Nachtschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05 - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Nachtschicht	100 %
		100 %
11	Innere Medizin - Dialyse - Tagschicht	teilstationäre Dialyse; Teilstationäre Dialyse
12	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Tagschicht	100 %
13	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Nachtschicht	100 %
14	Geriatrie - GE01 - Tagschicht	100 %
15	Geriatrie - GE01 - Nachtschicht	100 %
16	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO01/KC01 - Tagschicht	100 %
17	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO01/KC01 - Nachtschicht	100 %
18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO02 - Tagschicht	100 %
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO02 - Nachtschicht	100 %
20	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO03 - Tagschicht	100 %
21	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO03 - Nachtschicht	100 %
22	Intensivmedizin - HZ01 - Tagschicht	100 %
23	Intensivmedizin - HZ01 - Nachtschicht	100 %
24	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Tagschicht	100 %
25	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Nachtschicht	100 %
26	Herzchirurgie - HZ03 - Tagschicht	100 %
27	Herzchirurgie - HZ03 - Nachtschicht	100 %
28	Innere Medizin - MA01/ST01 - Tagschicht	100 %
29	Innere Medizin - MA01/ST01 - Nachtschicht	100 %
30	Neurologie - MA03 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
31	Neurologie - MA03 - Nachtschicht	100 %
32	Innere Medizin - MA04 - Tagschicht	100 %
33	Innere Medizin - MA04 - Nachtschicht	100 %
34	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Tagschicht	100 %
35	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Nachtschicht	100 %
36	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Tagschicht	100 %
37	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Nachtschicht	100 %
38	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Tagschicht	100 %
39	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Nachtschicht	100 %
40	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Tagschicht	100 %
41	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Nachtschicht	100 %
42	Innere Medizin - MC01 - Tagschicht	100 %
43	Innere Medizin - MC01 - Nachtschicht	100 %
44	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Tagschicht	100 %
45	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Nachtschicht	100 %
46	Innere Medizin - MC06 - Tagschicht	100 %
47	Innere Medizin - MC06 - Nachtschicht	100 %
48	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Tagschicht	100 %
49	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Nachtschicht	100 %
50	Neurologie - NE01 - Tagschicht	100 %
51	Neurologie - NE01 - Nachtschicht	100 %
52	Neurologie - NE02 - Tagschicht	100 %
53	Neurologie - NE02 - Nachtschicht	100 %
54	Neurologische Schlaganfallereinheit - NE04 - Tagschicht	100 %
55	Neurologische Schlaganfallereinheit - NE04 - Nachtschicht	100 %
56	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Tagschicht	100 %
57	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Nachtschicht	100 %
58	Urologie - UR01 - Tagschicht	100 %
59	Urologie - UR01 - Nachtschicht	100 %
60	Urologie - UR02 - Tagschicht	100 %
61	Urologie - UR02 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - AU01 - Tagschicht	67,74 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
2	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - AU01 - Nachtschicht	77,42 %
3	Allgemeine Chirurgie, Urologie - CH01/CH01W - Tagschicht	96,99 %
4	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Nachtschicht	99,73 %
5	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Tagschicht	78,42 %
6	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Nachtschicht	69,13 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	62,02 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Nachtschicht	54,64 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05 - Tagschicht	87,4 %
10	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Nachtschicht	67,86 %
		100 %
11	Innere Medizin - Dialyse - Tagschicht	teilstationäre Dialyse; Teilstationäre Dialyse
12	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Tagschicht	77,6 %
13	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Nachtschicht	81,15 %
14	Geriatrie - GE01 - Tagschicht	96,45 %
15	Geriatrie - GE01 - Nachtschicht	58,74 %
16	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO01/KC01 - Tagschicht	94,18 %
17	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO01/KC01 - Nachtschicht	90,28 %
18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO02 - Tagschicht	97,12 %
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO02 - Nachtschicht	89,94 %
20	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO03 - Tagschicht	96,34 %
21	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO03 - Nachtschicht	92,35 %
22	Intensivmedizin - HZ01 - Tagschicht	93,44 %
23	Intensivmedizin - HZ01 - Nachtschicht	57,38 %
24	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Tagschicht	74,86 %
25	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Nachtschicht	63,11 %
26	Herzchirurgie - HZ03 - Tagschicht	60,38 %
27	Herzchirurgie - HZ03 - Nachtschicht	74,86 %
28	Innere Medizin - MA01/ST01 - Tagschicht	99,45 %
29	Innere Medizin - MA01/ST01 - Nachtschicht	99,73 %
30	Neurologie - MA03 - Tagschicht	96,97 %
31	Neurologie - MA03 - Nachtschicht	100 %
32	Innere Medizin - MA04 - Tagschicht	98,6 %
33	Innere Medizin - MA04 - Nachtschicht	93,28 %
34	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Tagschicht	99,14 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
35	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Nachtschicht	100 %
36	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Tagschicht	64,25 %
37	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Nachtschicht	100 %
38	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Tagschicht	56,56 %
39	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Nachtschicht	54,92 %
40	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Tagschicht	59,56 %
41	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Nachtschicht	56,83 %
42	Innere Medizin - MC01 - Tagschicht	100 %
43	Innere Medizin - MC01 - Nachtschicht	100 %
44	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Tagschicht	75,68 %
45	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Nachtschicht	61,64 %
46	Innere Medizin - MC06 - Tagschicht	98,88 %
47	Innere Medizin - MC06 - Nachtschicht	100 %
48	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Tagschicht	87,7 %
49	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Nachtschicht	79,51 %
50	Neurologie - NE01 - Tagschicht	97,27 %
51	Neurologie - NE01 - Nachtschicht	61,48 %
52	Neurologie - NE02 - Tagschicht	91,23 %
53	Neurologie - NE02 - Nachtschicht	72,8 %
54	Neurologische Schlaganfalleinheit - NE04 - Tagschicht	64,75 %
55	Neurologische Schlaganfalleinheit - NE04 - Nachtschicht	54,37 %
56	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Tagschicht	73,77 %
57	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Nachtschicht	64,75 %
58	Urologie - UR01 - Tagschicht	78,21 %
59	Urologie - UR01 - Nachtschicht	64,71 %
60	Urologie - UR02 - Tagschicht	81,32 %
61	Urologie - UR02 - Nachtschicht	73,9 %