

Klinikum der Stadt
Ludwigshafen am Rhein
gemeinnützige GmbH

Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2021

gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V

KliLu
Wir leben Medizin.

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	17
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	18
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	20
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	20
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	21
A-9	Anzahl der Betten	23
A-10	Gesamtfallzahlen	23
A-11	Personal des Krankenhauses	23
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	23
A-11.2	Pflegepersonal	23
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	25
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	25
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	28
A-12.1	Qualitätsmanagement	28
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	32
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	39
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	44
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	47

A-13	Besondere apparative Ausstattung	49
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	51
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	51
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	51
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	51
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	52
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	54
B-[1]	Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)	54
B-[2]	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)	67
B-[3]	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)	80
B-[4]	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)	95
B-[5]	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)	111
B-[6]	Klinik für Geriatrie	121
B-[7]	Klinik für Herzchirurgie	133
B-[8]	Urologische Klinik	144
B-[9]	Frauenklinik/ Geburtshilfe	157
B-[10]	Hals-Nasen-Ohren-Klinik	173
B-[11]	Augenklinik	183
B-[12]	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit	196
B-[13]	Klinik für Strahlentherapie	210
B-[14]	Hautklinik	220
B-[15]	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie	234
B-[16]	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin	248
B-[17]	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin	257

B-[18]	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	264
B-[19]	Institut für Pathologie	273
B-[20]	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin	278
B-[21]	Apotheke	285
C	Qualitätssicherung	291
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	291
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	291
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	293
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	419
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	419
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	420
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	430
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	431
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	431
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	432
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	432
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	432
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	432
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	435

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Hans-Friedrich Günther
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 2008
E-Mail	hf.guenther@klilu.de

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

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.klilu.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	https://www.klilu.de/presse__termine/downloads/qualitaetsbericht/index_ger.html


Kompetent
leistungsstark
innovativ
partnerschaftLich
umsorgend
KliLu
Wir leben Medizin
Herzlich willkommen
Bitte hier anmelden
für ambulante und stationäre Aufnahme
1. Bitte Wartemarke an Terminal anfordern.
2. Wartemarke entnehmen

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
Standort-Nummer alt	00
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	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Hans-Friedrich Günther
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 2008
E-Mail	hf.guenther@klilu.de

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt Zentralinstitut für diagnostische und interventionelle Radiologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Günter Layer
Telefon	0621 503 4500

Fax	0621 503 4590
E-Mail	guenter.layer@klilu.de

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

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Stadt Ludwigshafen am Rhein
Träger-Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Bedingt durch die Covid-19 Pandemie wurden einzelne Leistungen im Jahr 2021 zeitweise ausgesetzt oder durch digitale Angebote ersetzt.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP02 - Akupunktur *Die Geburtshilfe bietet den Gebärenden geburtshilfliche Akupunktur an.*
2	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare *Ausweitung der Besuchszeiten auf Intensivstationen. Gespräche mit Ärzten finden zu definierten Zeiten statt. Es wurden Infobroschüren gestaltet. Zudem bieten wir ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten. Zertifizierung als angehörigenfreundliche Intensivstation(en) durch die Stiftung Pflege.*
3	MP04 - Atemgymnastik/-therapie *Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Patientinnen und 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 Nationaler Expertenstandards und verschiedener Pflegekonzepte (z. B. Basale Stimulation) wird für Pflegekräfte im Alltag spürbar. Beratend und begleitend stehen Pflegeexperten, Praxisbegleiter für Basale Stimulation in der Pflege, Kinästhetik-Trainer und Ergotherapeuten zur Verfügung.*
6	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung *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.*
7	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie *Das Zentrum f. ambulante Rehabilitation bietet zusammen mit der Chirurgie B eine Gefäßsportgruppe zur Verbesserung d. Durchblutungssituation im Bereich des Ober-/Unterschenkels an. Das IPRM bietet ambulante Gruppentherapien sowie Onkoletics (Onkologisches Ganzkörpertraining) an.*
8	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) *Physiotherapeuten und Ergotherapeuten des IPRM verfügen über eine Fortbildung des Bobath Konzeptes und bieten diese Therapie in allen Fachabteilungen an. Pflegefachkräfte, vor allem in der Neurologie, verfügen über eine Fortbildung im Bobath-Konzept.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
9	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung *Die Ökotrophologin führt regelmäßig Diät- und Ernährungsberatungen bei Patienten durch. Im Rahmen des Expertenstandards findet ein gezieltes Ernährungsassessment (z.B. bei Mangelerscheinungen) statt. Betroffene oder gefährdete Patienten erhalten Beratung durch eine Ernährungsberaterin.*
10	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege *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.*
11	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege *Für alle Fragen rund um die Organisation der Patientenprozesse ist das Prozessmanagement (PM) der jeweiligen Klinik der erste Ansprechpartner für Patienten und Angehörige sowie Einweiser und Mitarbeiter des Klinikums Ludwigshafen.*
12	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie *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.*
13	MP18 - Fußreflexzonenmassage *Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Fußreflexzonenmassage an.*
14	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik *Die Geburtshilfe bietet Geburtsvorbereitungskurse für Frauen/Paare in deutscher Sprachen an. Weiterhin werden Kurse zur Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik angeboten.*
15	MP21 - Kinästhetik *Der Grundkurs "Kinästhetik in der Pflege" ist Teil der Ausbildung im Klinikum Ludwigshafen.*
16	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung *Spez. Methoden von funktioneller Krankengymnastik, Biofeedback- und Elektrotherapie bis zur medikamentösen Behandlung werden angeboten (Amb+stat d. IPRM). Sollte eine Operation notwendig sein, steht im Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum ein spezialisiertes interdisziplinäres OP-Team zur Verfügung.*
17	MP24 - Manuelle Lymphdrainage *Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit der Manuellen Lymphdrainage an.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP25 - Massage
18	*Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen verschiedene Massagen an (Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Segmentmassage).*
	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
19	*Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Chirodiagnostik, Chirotherapie und manuelle Therapie an.*
	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
20	*Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Physikalische Therapie (z.B. Hydrotherapie "Heiße Rolle", Ultraschalltherapie und Elektrotherapie) an.*
	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
21	*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).*
	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
22	*Die Ambulanz des IPRM bietet den Präventionskurs "Aufrichtung und Entlastung der Wirbelsäule"- gesundheitsbewusstes Rückentraining nach §20 SGB V an. Zur Vermeidung von Pflegekomplikationen (z.B. Dekubitus, Sturz, Pneumonie) werden Risikoassessments gem. dem jeweiligen Expertenstandard durchgeführt.*
	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
23	*Den Patienten der onkologischen Zentren/Abteilungen sowie Palliativpatienten bietet das KliLu Beratung u. Unterstützung durch Psychoonkologen an. Die Versorgung umfasst Patientengespräche, die Einbeziehung Angehöriger, Öffentlichkeitsarbeit u. Schulungsangebote für Mitarbeiter.*
	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
24	*Für die Therapeuten des IPRM ist die Haltungsschule wichtiger Bestandteil ihrer Therapie in allen stationären Fachbereichen und im ambulanten Bereich. Zudem wird ambulant der Präventionskurs "Aufrichtung und Entlastung der Wirbelsäule" angeboten.*
	MP37 - Schmerztherapie/-management
25	*Allen Fachabteilungen steht konsiliarisch der Schmerzdienst der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin zur Verfügung. Der entsprechende Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege" ist im Klinikum Ludwigshafen etabliert.*
	MP38 - Sehschule/Orthoptik
26	*Die Augenklinik bietet in ihrer integrierten Sehschule die Untersuchung von Augenbewegungsstörungen (z.B. Schielen und Augenzittern), Sehschwächen und aller damit zusammenhängenden Krankheitsbilder an.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
27	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen *Die (Tumor-)zentren bieten regelmäßig Seminare und Vorträge an und kooperieren mit Selbsthilfegruppen der Umgebung. Onkologische Fachpflegekräfte bieten jedem Betroffenen individuelle Beratung (onkologische Pflegevisite) an. Die Neurologie bietet Angehörigenseminare zum Umgang mit Demenzkranken an.*
28	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie *Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet z.B. autogenes Training, die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Meditation und Yoga an.*
29	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen *Die Geburtshilfe bietet verschiedene Geburtsmöglichkeiten und Homöopathie unter der Geburt an. Schmerzlinderung, u. a. als therapeutische Intervention, kann durchgeführt werden.*
30	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot *Eine Pflegefachberatung und Pflegeprozessbegleitung findet durch Pflegeexperten statt. In den stationären Bereichen erfolgt in der Regel die tägliche Pflegeübergabe vom Früh- zum Spätdienst im Patientenzimmer.*
31	MP43 - Stillberatung *Die Geburtshilfe bietet Stillberatung an. Es besteht eine Kooperation mit dem Stillcafe im Heinrich-Pesch-Haus Ludwigshafen.*
32	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. B. Bed. werden besondere diagn. Maßnahmen, z.B. videoendoskop. Schluckuntersuchung, eingesetzt.*
33	MP45 - Stomatherapie/-beratung *Für die Stomaberatung bestehen Kooperationsverträge mit den Firmen BBraun sowie GHD. Diese übernehmen die Erstversorgung und Beratung der Patienten. Für weitere Fragen stehen fortgebildete Pflegefachkräfte zur Verfügung.*
34	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen *Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet verschiedene Wärme-/Kältetherapien an (z.B. Heiße Rolle, Fango)*
35	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik *Die Wochenbettgymnastik findet im Rahmen der physiotherapeutischen Versorgung nach der Entbindung statt.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
36	MP53 - Aromapflege/-therapie *Der Kreißsaal bietet den Gebärenden geburtshilfliche Aromapflege an.*
37	MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik *Die Hals-Nasen-Ohren-Klinik bietet sämtliche Verfahren der Hördiagnostik inklusive Hirnstammaudiometrie (BERA) und Nachweise otoakustischer Emissionen (OAE) an*
38	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) *Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis nach PNF an.*
39	MP51 - Wundmanagement *Im Sinne einer optimierten Behandlung chronischer Wunden liegt eine schriftliche Empfehlung der multiprofessionell besetzten AG Wundheilung vor. Verfahrens- und Arbeitsanweisungen regeln das multiprofessionelle Vorgehen. Wundtherapeuten und Wundassistenten (DGFW) unterstützen die Pflegekräfte.*
40	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen *Das Diabeteszentrum bietet für stationäre Patienten Schulungen zu Diabetes Mellitus Typ I und Typ II an. Zudem versorgt ein multiprofessionelles Behandlungsteam besondere Bedarfe der Diabetespatienten (z.B. Behandlung Diabetisches Fußsyndrom).*
41	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie *Die Geburtshilfe bietet eine homöopathische Versorgung an.*
42	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 beübt bzw. erfolgen kann.*
43	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen *Die Kliniken, Tumorzentren und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit diversen Selbsthilfegruppen (u. a. Frauenselbsthilfe nach Krebs, Deutsche ILCO e.V. etc.) zusammen.*
44	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden *Das Ethikforum fördert den ethischen Diskurs und kann bei ethisch schwierigen Fragen beratend hinzugezogen werden. Ethische Leitlinien im Umgang mit Sterbenden sollen Orientierung geben und Veränderungen anregen. Jede Station verfügt über Materialien um den Abschied von Verstorbenen zu gestalten.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
45	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining *Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit des Hirnleistungstrainings an.*
46	MP62 - Snoezelen *Im angegliederten Pflegeheim des Klinikums wird eine spezielle gerontopsychiatrische Betreuung für Demenzerkrankte, ergänzt durch Snoezelen, angeboten.*
47	MP63 - Sozialdienst *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.*
48	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit *Es werden regelmäßig Informations- und Patiententage für die breite Öffentlichkeit, digital wie auch vor Ort (coronabedingte Einschränkungen möglich), angeboten, aus nahezu allen Fachbereichen des Klinikums. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Veranstaltungen/Presse.*
49	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien *Die Geburtshilfe bietet u.a. Neugeborenenscreening inkl. Hörscreening an. Kreißsaalführungen konnten 2021 aufgrund der Corona-Beschränkungen nicht angeboten werden.*
50	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen *Die NE bietet spez. Diagnostik für Patienten mit neuromuskulären Erkrank. an. Es bestehen Angebote über Spezialsprechstd. zu „Multiple Sklerose & andere entzündl. Erkrank.“, Botox-Therapie, elektromyografische und -neurografische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien.*
51	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege *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.*

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot

#	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.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_072021_V2_Homepage_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.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_072021_V2_Homepage_ger.pdf*
3	NM10: Zwei-Bett-Zimmer *Bei Verfügbarkeit ist auf Wunsch eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer möglich.* *https://www.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_072021_V2_Homepage_ger.pdf*
4	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.klilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_072021_V2_Homepage_ger.pdf*
5	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.klilu.de/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie___geburtshilfe/geburtshilfe/index_ger.html*
6	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. Ein Einzelzimmer kostet pro Nacht 45,00 Euro, ein Doppelzimmer 55,00 Euro pro Nacht. Frühstück und Mittagessen gibt es zu den Cafeteriapreisen.* *https://www.klilu.de/content/patienten__besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html*

#	Leistungsangebot
7	NM40: Empfangs- und Begleitdienst 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.klilu.de/patienten__besucher/ihr_aufenthalt/beratung__unterstuetzung/gruene_damen_und_herren/index_ger.html*
8	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen *Unter Berücksichtigung der medizinischen und pflegerischen Betreuung stehen dem Patienten verschiedene Menüs zur Auswahl. Speziell ausgebildete Menüerfasserinnen erfragen die individuellen Essenswünsche. 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*
9	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.* *https://www.klilu.de/content/patienten__besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html*
10	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen *Das Klinikum bietet regelmäßig Informationsveranstaltungen 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	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*

#	Leistungsangebot
12	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*
13	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	Teamleitung Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Frau Maja Vnucec-Musikant
Telefon	0621 503 21142
Fax	0621 503 2120
E-Mail	vnucecm@klilu.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift *Für sehbehinderte Patienten stehen im Klinikum Ludwigshafen ein Aufzug im Haus B und einer in 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	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen *Das Klinikum Ludwigshafen verfügt nahezu ausnahmslos über Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche.*
5	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.*
6	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.*
7	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen *Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über gut ausgestattete Toiletten zur Nutzung durch Besucher/innen mit einem Rollstuhl. Die selbständige Zugänglichkeit ist hausweit gegeben.*
8	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.*
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	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen *Im Klinikum Ludwigshafen kommen verschiedene Piktogramme (z.B. Notausgang, Rettungszeichen, Händehygiene) zum Einsatz.*

#	Aspekte der Barrierefreiheit
11	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung *Die Regelungen zum Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz sind in einer Verfahrensanweisung zusammengefasst. Spezialisierte Pflegeexpertinnen für Demenz und kognitive Einschränkungen stehen den Fachkräften auf den Stationen kontinuierlich zur Verfügung.*
12	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) *Dem Klinikum Ludwigshafen stehen elektrisch verstellbare Betten zur Verfügung, die auch für ein hohes Gewicht ausgelegt sind. Bei Bedarf werden Schwerlastbetten, spezielle Matratzen bzw. druckentlastende Prophylaxematratzen für schwergewichtige Patienten bis 400kg bestellt.*
13	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische *Dem Klinikum Ludwigshafen stehen verstellbare OP-Tische für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.*
14	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten *Dem Klinikum Ludwigshafen stehen Bettwaagen, Blutdruckmanschetten, etc. für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.*
15	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter *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.*
16	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe *Im Klinikum sind verschiedene Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht vorhanden.*
17	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.*
18	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus *Teilweise stehen verschiedene Informationsmaterialien und Flyer in mehreren Sprachen zu dem Leistungsspektrum des Klinikums zur Verfügung.*
19	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige *Alle Fachabteilungen des Klinikums sind mit einem Aufzug erreichbar. Die Aufzüge verfügen vollständig über visuelle Stockwerksanzeigen.*

#	Aspekte der Barrierefreiheit
	BF24 - Diätetische Angebote
20	*Patienten und Patientinnen mit tumorbedingten Ernährungsstörungen, aber auch mit bereits vorbestehenden Ernährungsstörungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen und Übergewicht werden durch geschulte Diätassistentinnen sowie einer Ökotrophologin beraten.*
21	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung *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.*
	BF25 - Dolmetscherdienst
22	*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.*
23	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal *Für eine medizinische Behandlung ohne Sprachbarriere stehen Mitarbeiter aller Berufsgruppen, mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen, zur Verfügung.*
	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
24	*Die Klinikkapelle befindet sich im Haus B, 5.OG. Sie ist barrierefrei zu erreichen. Die Kapelle ist jederzeit geöffnet und steht zu persönlichem Gebet und zur Besinnung zur Verfügung. Gottesdienste werden durch Aushänge angekündigt und in die Krankenzimmer (TV Kanal 102) übertragen.*
25	BF23 - Allergenarme Zimmer *In der Medizinischen Klinik A gibt es für Leukämie-Patienten fünf allergenarme Zimmer, die ausschließlich über eine Schleuse betreten werden können.*
	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
26	*In jedem Patientenzimmer des Klinikums befinden sich akustische/visuelle Signalanlagen (Patientenruf).*

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten *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.*

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
3	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) *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.*
4	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten *Das Klinikum Ludwigshafen arbeitet mit Hochschulen bzw. Universitäten zu den unterschiedlichsten Themen projektbezogen zusammen. Zudem wird Studierenden das Ableisten des Praxissemesters, studiengangsbezogerner Praxisphasen oder einer Abschlussarbeit (Bachelor/Master) ermöglicht.*
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 Chefärzte, 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.*

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin *Mit dem Abschluss des Examens wird die fachbezogene Fachhochschulreife erlangt. Pro Jahr nehmen 4 Azubis in Kooperation mit der Hochschule Ludwigshafen am dualen Bachelor-Studiengang "Pflege" teil. Im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU wird ein Stationseinsatz im europäischen Ausland ermöglicht.*
2	HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) *Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen des Klinikums.*

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
3	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) *Die OTA-Schule ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft 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.*
4	HB12 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) *Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen. Seit 2015 nehmen max. je 10 Auszubildende pro Jahr in Kooperation mit der Hochschule Kaiserslautern, Campus Zweibrücken, an dem dualen Studiengang "Medizin- und Biowissenschaften" teil.*
5	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin *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.*
6	HB06 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin *Das Klinikum Ludwigshafen bietet Schülern verschiedener Ergotherapie-Schulen im Umkreis von Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung.*
7	HB11 - Podologe und Podologin *Das Klinikum Ludwigshafen ist praktischer Ausbildungspartner für Schüler der IB Schulen in Mannheim und Trier (Kooperationsvertrag). Der Einsatz erfolgt in der Hautklinik des Klinikums.*
8	HB18 - Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre) *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.*
9	HB09 - Logopäde und Logopädin *Schüler/Studenten externer Ausbildungsstätten können im Klinikum ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.*
10	HB16 - Diätassistent und Diätassistentin *Schüler externer Ausbildungsstätten können in der Hauptküche/Diätküche des Klinikums ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.*
11	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA) *Die ATA-Schule des Klinikums wurde am 01.04.2020 eröffnet und ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft anerkannt. Sie bildet eigene sowie Auszubildende umliegender kooperierender Krankenhäuser aus.*
12	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner *Zur Umsetzung der praktischen generalistischen Ausbildung wurden Kooperationsvereinbarungen mit umliegenden Krankenhäusern sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege getroffen. Im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU wird ein Stationseinsatz im europäischen Ausland ermöglicht.*

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
13	HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. *Ab Oktober 2021 bietet das Klinikum im Kooperation mit der DHBW Mannheim den dualen Studiengang "Pflegefachfrau/ Pflegefachmann B. Sc." an.*
14	HB21 - Altenpflegerin, Altenpfleger *Das Klinikum Ludwigshafen ermöglicht Auszubildenden verschiedener regionaler Altenpflegeschulen das Ableisten des im Ausbildungsrahmenplan vorgesehenen Krankenhauseinsatzes.*

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	997

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	31599
Teilstationäre Fallzahl	1055
Ambulante Fallzahl	83171
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				341,29
Beschäftigungsverhältnis	Mit	340,82	Ohne	0,47
Versorgungsform	Ambulant	45,97	Stationär	295,32

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				191,36
Beschäftigungsverhältnis	Mit	190,9	Ohne	0,46
Versorgungsform	Ambulant	26,37	Stationär	164,99

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt				683,84
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	683,81	**Ohne**	0,03
Versorgungsform	**Ambulant**	31,21	**Stationär**	652,63

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				46,78
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	46,78	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	46,78

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

Gesamt				47,57
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	47,57	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	47,57

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,73
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,73	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,73

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				45,03
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	45,03	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	45,03

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				3,18
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,18	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,18

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	15,35

Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	15,3

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,69
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,69

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				6,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,1

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

Gesamt				16,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,46	Stationär	15,06

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				144,45
Beschäftigungsverhältnis	Mit	144,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	19,51	Stationär	124,94

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				15,06
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,06

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

Angabe entfällt

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				1,86
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,86

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				4,14
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,14	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	4,14

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Gesamt				7,71
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,71	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	7,71

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

Gesamt				5,96
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,96	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	5,96

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				0,72
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,72	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,72

SP17 - Oecotrophologin und Oecothrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)

Gesamt				6,93
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,93	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	6,93

SP19 - Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker

Gesamt				1,69
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,69	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,69

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				23,27
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	23,27	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	23,27

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				27,18
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	27,18	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	27,18

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				3,47
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,47	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,47

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				6,75
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,75	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	6,75

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt				2,16
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,16	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,16

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

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

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				14,83
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	14,83	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	14,83

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				6,62
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,62	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	6,62

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				2,5
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,5	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,5

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				10,9
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	10,9	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	10,9

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

Gesamt				76,27
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	76,27	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	76,27

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

Gesamt				25,24
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	25,24	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	25,24

SP59 - Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Gesamt				6,29
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,29	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	6,29

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt				56,81
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	56,81	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	56,81

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt				77,36
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	77,36	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	77,36

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Gemeinsam mehr erreichen

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

Die Stabsstelle Qualitätsmanagement (QM) ist der Geschäftsführung direkt zugeordnet, sodass Prozesse und Projekte zentral initiiert, geleitet und koordiniert werden können. Durch interne Audits, Prozessoptimierungen in Arbeitsgruppen,

Datenanalysen und andere QM-Werkzeuge ist ein kontinuierlicher Prozess zur Sicherung des Qualitätssystems gewährleistet. In regelmäßigen Abständen finden Besprechungen (QM-AG/ Lenkungsgremium) statt. Die QM-AG setzt sich aus den Leitungen der Bereiche Pflegedirektion, Ärztliche Direktion, Wirtschaftsgesellschaft, GB Infrastruktur, Krankenhaushygiene sowie dem QM zusammen. In den Treffen werden Prozesse, Themen aus dem Gesamthaus sowie Ergebnisse aus internen Audits/ Risikoaudits/ CIRS/ Beschwerden, usw. besprochen, Maßnahmen abgeleitet und Umsetzungen evaluiert.

Um die Qualitätsthemen bestmöglich in allen Bereichen und auf den Stationen zu platzieren, gibt es im Klinikum Ludwigshafen (KliLu) Qualitätsbeauftragte Mitarbeiter (QBs), die unsere fachspezifischen Ansprechpartner im Haus sind. Die Beauftragten sind Mitarbeiter 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 Mitarbeiter ihres Bereiches weitergeben und zum anderen haben unsere QBs die Möglichkeit, stellvertretend für ihre Fachabteilung, qualitätsrelevante Themen an die Stabsstelle zu adressieren.

Über 2-monatlich stattfindende QB-Treffen wird ein kontinuierlicher Austausch sichergestellt und Neuerungen, Änderungen sowie wichtige Themen über die Plattform "Änderungsdienst" in die Klinik kommuniziert.

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

Kundenzufriedenheit

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 Patientenanliegen 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. Über interne und externe Druckmedien, wie zum Beispiel Klinikumsbroschüre, Visitenkarten, klinikinterne Mitarbeiterzeitschrift, Presseartikel, Online-Kontaktformular, usw., wird auf die Kontaktstelle für Patientenanliegen hingewiesen. Telefonisch ist die Kontaktstelle für Patientenanliegen von Montag bis Freitag zu den üblichen Dienstzeiten erreichbar. Außerdem gibt es die Möglichkeit, sich persönlich zu den Sprechstunden (Montag bis Donnerstag von 14:00-15:00Uhr) oder nach Vereinbarung an die Leiterin der Kontaktstelle zu wenden.

Beschwerden und Anregungen können auch bei der ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprecherin des Klinikums vorgebracht werden. Des Weiteren bietet das Klinikum die Möglichkeit über die Pforte des Klinikums einen Gesprächstermin am Krankenbett zu vereinbaren oder telefonisch direkt Kontakt aufzunehmen. Alle persönlich vorgebrachten Anliegen und Beschwerden werden schnellstmöglich bearbeitet, statistisch ausgewertet und in Form regelmäßiger Berichte aufgearbeitet.

Darüber hinaus haben stationäre Patienten die Möglichkeit, an einer kontinuierlichen Patientenbefragung der Stabsstelle Qualitätsmanagement teilzunehmen. Klicken Sie auf diesen Link, um direkt zu dem Fragebogen zu gelangen. Für Patienten der Tumorzentren oder auf den Intensivstationen werden spezifische Befragungen, ebenfalls durch die Stabsstelle Qualitätsmanagement, durchgeführt.

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.

Interne Audits

Über die Stabsstelle Qualitätsmanagement werden in geplanten Abständen in allen Kliniken, Instituten und Bereichen interne Audits, Kurzaudits und Risikoaudits durchgeführt. Dabei wird das QM-System systematisch bewertet und Prozesse, Anforderungen (intern/gesetzlich), Richtlinien und definierte Ziele hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Dabei 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.

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 Rheinpfalz

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

Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen

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

Prostatakarzinomzentrum

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

Viszeralonkologisches Zentrum Rheinpfalz

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

Zentrum für Hämatologische Neoplasien

Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien wurde erstmals 2022 zertifiziert. Die interdisziplinäre Vernetzung von Spezialisten zählt zu den entscheidenden Aspekten in der modernen Krebsbehandlung.

Diabeteszentrum

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

Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie

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

Gefäßzentrum

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

Neuromuskuläres Zentrum Rhein-Neckar

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

Regionales Shunt-Zentrum

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

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

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

des Kardio-CT und Kardio-MRT.

Angehörigenfreundliche Intensivstation

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

Apotheke

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

Chest Pain Unit

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

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 die CI-versorgende Einrichtungen heutzutage gefordert werden.

Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

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

Informationssicherheitsmanagementsystem

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

Überregionale Stroke Unit

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

Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)

Die Aufgaben der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) im Klinikum Ludwigshafen sind die Reinigung, Desinfektion, Pflege, Sortierung, Sterilisation und Bereitstellung von Medizinprodukten, beispielsweise Operationsinstrumente. Dafür wurde die ZSVA mit modernster Reinigungs- und Sterilisationstechnik ausgestattet. Die Arbeitsmenge liegt bei rund 60.000 Sterilguteinheiten (STE).Der TÜV Rheinland bescheinigt der ZSVA der Wirtschaftsgesellschaft im Klinikum Ludwigshafen, ein Qualitätsmanagementsystem für Medizinprodukte eingeführt zu haben und anzuwenden. Das Zertifikat gilt für die Aufbereitung von Medizinprodukten in der ZSVA der Wirtschaftsgesellschaft im Klinikum Ludwigshafen, einschließlich der Einstufung "kritisch C", in der ZSVA, entsprechend der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten".

Aktion Saubere Hände

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

Cardiac Arrest Center

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

Arbeitsförderung - AZAV

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

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 Direktorium (Ärztliche Direktion, Pflegedirektion) QM-AG: Ärztliche und Pflegerische Direktion, Geschäftsf. Wirtschaftsgesellschaft, Krankenhaushygiene, Bereichsleitung Infrastruktur, Stabsst. QM und bei Bedarf werden Verantwortliche aus den Bereichen eingeladen
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

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

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

Ein Risikomanagementhandbuch liegt entsprechend den Vorgaben der ONR 49000 vor.

Aufgabe des Risikomanagements ist es, unternehmerische Zielerreichung gegen Risiken zu sichern. Die Aufgabe leitet sich aus der Definition von Risiko ab: Risiko ist, in Abgrenzung zum Begriff *Chancen*, die negative Auswirkung von Zielerreichungsunsicherheiten. Dazu werden klinische, wirtschaftliche und rechtliche Risiken durch systematische Risikoerkennung und -berichterstattung ermittelt und beschrieben. Die festgestellten Risiken werden auf mögliche Schadenspotenziale und deren Eintrittswahrscheinlichkeit untersucht. Details zu den Bewertungsparametern sind aus der Bewertungsmatrix und dem Risikomanagementhandbuch ersichtlich.

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

- **Risikomanagement schafft und schützt unsere Werte**

  Risikomanagement trägt zur Zielerreichung und Wertmehrung bei; Grundlage ist die Gesundheitsfürsorge als Kernaufgabe unserer Einrichtung.
- **Risikomanagement ist Bestandteil von Organisationsprozessen**

  Risikomanagement liegt in der Verantwortung der Geschäftsführung und ist ein integraler Teil aller Organisationsprozesse.

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

Ziel der Risikoidentifikation ist die möglichst vollständige Erfassung und Benennung der Risiken. Sie liefert die Datenbasis für den gesamten Risikomanagementprozess. Das Risikomanagement des Klinikums bedient sich neben der bereits im allgemeinen Teil geschilderten Befragung von Risikoverantwortlichen unterschiedlicher Instrumente zur Identifikation von Risiken wie z.B.

- **Fachverantwortliche/ Qualitätsbeauftragte**
  Rückmeldung durch die Qualitätsbeauftragten der einzelnen Kliniken/Bereiche
- **Schadensfallanalysen**
  Schadensfälle werden analysiert und Maßnahmen abgeleitet
- **Fehlermanagement**
  Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) steht als Teil des Fehler- und Verbesserungsmanagements zur Verfügung
- **Audits**
  Feststellungen aus internen Audits werden mittels der Kriterien Empfehlungen, Hinweise, Abweichungen bewertet. Abweichungen fließen in die Risikomatrix ein.
- **Benchmarking**
  Ergebnisse aus Benchmarks werden analysiert und fließen ggf. in die Risikomatrix ein
- **Beschwerdemanagement**
  Gehäuft auftretende Beschwerden werden analysiert und ggf. in die Risikomatrix aufgenommen
- **Patientenbefragung**
  Gehäuft auftretende Moniten werden analysiert und ggf. in die Risikomatrix aufgenommen
- **Begehungen**
  Ergebnisse aus Begehungen werden analysiert und fließen ggf. in die Risikomatrix ein
- **QM-Kernteam**
  Besprechung schnittstellenübergreifender Fälle (CIRS, Beschwerdemanagement, Arzthaftung, Schadensfälle) mit Beschluss gemeinsamer Vorgehensweise
- **Externe Qualitätssicherung**
  Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung werden analysiert und fließen bei negativer Abweichung vom Benchmark in die Risikomatrix ein
- **Berichtswesen aus den verschiedenen Bereichen z.B. Geschäftsbericht/Lagebericht**
  Ergebnisse mit gravierenden Abweichungen werden analysiert und fließen ggf. in die Risikomatrix ein
- **M&M-Konferenzen/ Fallbesprechungen**

Fallbesprechungen in den einzelnen Kliniken sowie fachliche Diskussion über kritische Fälle mit Ableitung von Maßnahmen und deren Umsetzung

- **Interview**

  Die Interviews finden sowohl telefonisch als auch persönlich, je nach bedarfsabhängigem Umfang, statt.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

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	Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement, Leitung Stabsstelle Controlling, Leitung Erlösmanagement/Medizincontrolling, Leitung Stabsstelle Compliance und Recht
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

In Anlehnung an das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) arbeitet das KliLu nach deren Empfehlungen. Nachfolgend werden beispielhaft Instrumente für die Gewährleistung der Patientensicherheit und des Risikomanagements aufzeigt, die im Klinikum bereits eingeführt und etabliert wurden:

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

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

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

Das System bietet die Möglichkeit gemeinsam aus Fehlern zu lernen, um sicher zu stellen, dass sich ein Vorkommnis nicht wiederholt. Besteht bspw. ein Risiko eines sogenannten Look-Alikes (Verwechslung von gleich aussehenden Medikamentenumverpackungen), wird zusammen mit der zuständigen Disziplin, in diesem Falle der Apotheke, analysiert, ob ein Präparat von einem anderen Hersteller bezogen werden kann, um das Verwechslungsrisiko auszuschließen.

In einer hausweit gültigen Verfahrensanweisung ist der Umgang mit dem Fehlermeldesystem verschriftlicht und für jeden Mitarbeiter zugänglich. Darüber hinaus finden regelmäßig Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem statt. Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen erfolgen in einem wöchentlichen Rhythmus.

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

Kommunikation, Teamarbeit, Situationsbewusstsein und Entscheidungsfindung sind oft kritische und in ihrer Konsequenz fehlerbegünstigende Faktoren. Diese Fähigkeiten werden in Medical-Team-Trainings geschult. Vergleichbar mit den verpflichtenden Trainings für Flugpersonal, werden dabei die Akzeptanz und das Verständnis für die erfolgreiche Anwendung verschiedener Sicherheitsstrategien vermittelt, das heißt „warum machen Menschen Fehler und was kann man dagegen tun“.

Alle Mitarbeiter, die am Patienten arbeiten (Ärztlicher Dienst, Pflege- und Funktionsdienst, MTD einschl. Physiotherapie, Krankentransport) nehmen einmalig an den Medical-Team-Training- Schulungen teil. Die Schulungen werden von einem Piloten aus der Luftfahrt sowie einem Mediziner durchgeführt.

Die wichtigsten dargestellten Strategien und Instrumente werden in Anschluss von allen Teilnehmern über Module in Form von E-Learnings abgefragt.

3. 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. Um die Sicherheit auch im Bereich der Neugeborenen zu gewährleisten erhalten die Säuglinge zwei Patientenarmbänder, die am Arm sowie am Fußgelenk angebracht werden.

4. 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. Die Checkliste dient dazu, dass alle am Prozess beteiligten Mitarbeiter zu jeder Zeit in Kenntnis aller relevanten Daten und Fakten sind. Diese wird von Station bis in den OP-Bereich geführt und dient als Leitfaden für alle Handlungsschritte.

Maßnahmen zur Patientensicherheit:

• aktive Übergaben von einer Berufsgruppe zur anderen

• „gegen-checken“ von Informationen im multiprofessionellen Team

• Abgleichen der Identifikationsinstrumente wie ID-Armband, Bettetikett und Patientenakte

• Kontrollieren von medizinisch-therapeutischen Sachverhalten

Im sogenannten Team-Time-Out, bei dem das gesamte OP-Team anwesend ist, werden nochmals alle relevanten Daten abgeglichen und der geplante OP-Ablauf detailliert besprochen. Eventuelle Besonderheiten, die womöglich zu Komplikationen führen können oder Allergien/ Unverträglichkeiten seitens des Patienten werden in diesem Moment nochmals thematisiert.

5. Interne Audits

Über die Stabsstelle Qualitätsmanagement werden in geplanten Abständen in allen Kliniken, Instituten und Bereichen interne Audits, Kurzaudits und Risikoaudits durchgeführt. Dabei wird das QM-System systematisch bewertet und Prozesse, Anforderungen (intern/gesetzlich), Richtlinien und definierte Ziele hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Innerhalb des Audits 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. Bei festgestellten Risiken innerhalb des Audits werden diese in die Risikomatrix eingetragen und gemeinsam mit den Verantwortlichen bewertet und je nach Ergebnis werden Maßnahmen abgeleitet.

6. Pflichtschulungen für die Mitarbeiter

Im Klinikum werden Pflichtschulungen als Online-Schulungen sowie als Präsenz-Schulungen angeboten. Durch das Angebot der Online-Schulungen können die Mitarbeiter selbst entscheiden, wann sie die Schulung innerhalb ihrer Arbeitszeit absolvieren möchten. Eine Auswertung über die Teilnahme an den Pflichtschulungen wird 1x monatlich durch das Institut für Personalentwicklung für die einzelnen Kliniken/Bereiche/Abteilungen erstellt. Zusätzlich erfolgt eine jährliche Gesamtauswertung der Berufsgruppen.

Die Reanimationsschulungen werden für alle Mitarbeiterbereiche (Pflege, Ärzte, MTA) mit MegaCode-Trainern (spezielle Übungspuppen mit automatischer Qualitätskontrolle) durchgeführt, welche Herzdruckmassage, Beatmung, No-Flow-Zeit, Zeitalgorithmus, etc. auswertet und anzeigt. Zudem erfolgt eine kurze schriftliche Erfolgskontrolle. Die Reanimationsschulungen (BLS) sind für alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt verpflichtend. In Risikobereichen erfolgen

jährliche Schulungen nach ACLS. Die stattgefundenen Reanimationseinsätze im Klinikum werden auf standardisierten Protokollen erfasst, jährlich ausgewertet und besprochen.

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 - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
5	RM05: Schmerzmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
6	RM06: Sturzprophylaxe **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
9	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
13	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
14	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
15	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
16	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022
17	RM18: Entlassungsmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit **Letzte Aktualisierung:** 18.10.2022

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

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor **Letzte Aktualisierung:** 13.11.2018
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 flächendeckend umgesetzt u. ein wichtiges Instrument des QM's zur Steigerung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit. Themen werden in interdisziplinären Arbeitsgruppen gesamthausbezogen analysiert, aufgearbeitet und b. Bed. Prozesse optimiert. Maßnahmen werden kontinuierlich abgeleitet, kommuniziert und in der Praxis umgesetzt. Z.B. in den Bereichen Arbeits- und Mitarbeitersicherheit, Umgang mit Arzneimitteln, Logistik, Notfallmanagement und Sicherung interner Prozessabläufe.

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)	2
Erläuterungen	Dr. Sebastian Kevekordes, Annette Barwich

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

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

Hygienefachkräfte (HFK)

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

Hygienebeauftragte in der Pflege

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

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

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

#	Option	Auswahl
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	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 Antibiotikaprophylaxe 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)	31

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	151

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl	Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
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, DAS-KISS, OP-KISS. Das HAND-KISS ist mit der Silber-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 *Die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung des Klinikums ist seit 2013 nach DIN EN ISO 13485 zertifiziert (Re-Zert. 2021). 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 *2x jährl. hygienebeauftragte Ärzte & Pflegekräfte, 1x jährl. hygieneverantwortliche MA Funktion & MFA, 2x jährl. Sachkunde, 2x jährl. Fachkunde 1, 1x jährl. Fachkunde 2, 1x jährlich OTA-Kurs, 1x jährl. Impfseminar Ärzte, 2x jährl. Hygiene-Refresher-Kurs, 2x jährl. Refresher-Kurs Aufbereitung MP*

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

☑ HAND-KISS
☑ DAS-KISS
☑ OP-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja 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 Patientenanliegen" 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.*

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
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 Patientenanliegen 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 Patientenanliegen (KfP).*
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja https://www.klilu.de/content/patienten__besucher/ihr_aufenthalt/lob__feedback/index_ger.html *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 2021 bei 3,7 Tagen.*
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 Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja https://www.klilu.de/patienten__besucher/ihr_aufenthalt/lob__feedback/index_ger.html *Unsere ehrenamtliche Patientenfürsprecherin, Frau Susanne Herzog, steht für Anliegen und Beschwerden zur Verfügung. Patienten können einen Gesprächstermin am Krankenbett vereinbaren oder telefonisch Kontakt aufnehmen (Tel. 0621 / 503 2260).*

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
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 Patientenanliegen oder über das Online-Kontaktformular auf der Homepage/"Ihre Meinung" senden. Zudem stehen für eine anonyme Rückmeldung auch grüne Meinungs-Briefkästen im gesamten Haus bereit (z.B. an der Pforte und vor der Mitarbeiter-Cafeteria).*
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 Fragebogen 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 Patientenanliegen
Titel, Vorname, Name	Bianca Kautz
Telefon	0621 503 2388
Fax	0621 503 2064
E-Mail	feedback@klilu.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Susanne Herzog
Telefon	0621 503 2260
Fax	0621 503 4247
E-Mail	feedback@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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	8
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	7
Erläuterungen	Beschäftigte Personengruppen (VK) in der Apotheke: Leitender Apotheker 1,00; Fachapotheker(in) 2,28; Apotheker(in) 3,5; Pharma.-Kaufm. Assistent(in) 4,56; Pharma.-Techn. Assistent(in) 5,06; Praktikant(in) 2,00; Auszubildende(r) (PKA) 0,46; Hilfskraft 1,00; Sachbearbeiter(in) 0,52; Gesamt 20,37

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Umsetzung von Hausmedikation **Letzte Aktualisierung:** 13.07.2020
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 Arzneimittel **Letzte Aktualisierung:** 28.07.2020 *Mitgeltende Unterlagen: Gültige Arzneimittelliste; DA Umgang mit BTM; GO AMK; Meldebogen für UAW, VA Entlassmanagement; VA Zytostatika und andere CMR-Arzneimittel, CL Medikamentenkontrolle auf Verfall; AiD-Klinik, Hygienepläne; Merkblätter*
4	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
6	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
7	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
8	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
9	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
10	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
11	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

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

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

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

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja *Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)*
2	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich *Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich*
3	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja *Gerät zur Gefäßdarstellung*
4	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja *Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen*
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja *Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder*
6	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich *Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse*
7	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja
8	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja *Hirnstrommessung*

#	Gerätenummer	24h verfügbar
9	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja *Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck* *Integration in dem Panda-Wärmebett*
10	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich *Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung*
11	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich *Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden*
12	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja *Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)*
13	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich *Stoßwellen-Steinzerstörung*
14	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik*
15	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich *Harnflussmessung*
16	AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph	Ja
17	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich *Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten* *Einsatz zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion*
18	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich *Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens*
19	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja *Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße*

#	Gerätenummer	24h verfügbar
20	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System	Keine Angabe erforderlich *Roboterassistiertes Chirurgie-System* *Einsatz des roboterassistierten Operations-Systems „Da Vinci"*

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

☑ Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Keine Teilnahme am Modul der Speziellen Notfallversorgung.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Keine Teilnahme am Modul Spezialversorgung.

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt	Nein

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)

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





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

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0500 - Hämatologie und internistische Onkologie
2	0100 - Innere Medizin

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt 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/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheumatologie/index_ger.html

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin, Hämatologie und 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/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheumatologie/index_ger.html

B-[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-[1].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*

#	Medizinische Leistungsangebote
2	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen *z. B. autologe Stammzelltransplantation und Therapie akuter Leukämien, maligner 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	VU00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von autoinflammatorischen Erkrankungen
10	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
11	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	VI38 - Palliativmedizin
13	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
14	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
17	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
18	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
19	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
20	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
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 *Die drei medizinischen Kliniken verfügen über eine gemeinsame Intensivstation mit 16 Betten, davon 8 Beatmungsplätze. Es besteht die Möglichkeit der nichtinvasiven Beatmung (Maskenbeatmung), der minimal-invasiven Dilatationstracheotomie und der Hämodialyse/ Hämofiltration.*
24	VI37 - Onkologische Tagesklinik

#	Medizinische Leistungsangebote
25	VI27 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Bergner (Rheumatologie/Nephrologie), Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka (Hämatologie/Onkologie), Rheumatologische Ambulanz nach §116b SGB V, Infektions-Ambulanz, MVZ Hämato-Onkologie*
26	VX00 - („Sonstiges"): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
27	VI00 - („Sonstiges"): Onkologisches Zentrum *Das Onkologische Zentrum Ludwigshafen (OZLU) ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.03.2022).*

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1651
Teilstationäre Fallzahl	1054

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	113
2	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	90
3	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	58
4	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	58
5	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	39
6	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	35
7	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	35
8	M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	32
9	C83.1	Mantelzell-Lymphom	28
10	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	26
11	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	25
12	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	23
13	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	21

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	21
15	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	21
16	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	20
17	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	20
18	M31.3	Wegener-Granulomatose	20
19	M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	20
20	C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	19
21	C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	19
22	C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	19
23	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	17
24	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	17
25	Z52.01	Stammzellenspender	17
26	M05.90	Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	16
27	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	16
28	C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom	15
29	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	15
30	M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	14

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C83	Nicht follikuläres Lymphom	162
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	144
3	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	94
4	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	93
5	N18	Chronische Nierenkrankheit	73
6	C92	Myeloische Leukämie	63
7	N17	Akutes Nierenversagen	56
8	C91	Lymphatische Leukämie	48
9	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	47
10	C82	Follikuläres Lymphom	42
11	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	41
12	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	34

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	I50	Herzinsuffizienz	32
14	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	26
15	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	22
16	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	21
17	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	20
18	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	19
19	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	18
20	Z52	Spender von Organen oder Geweben	17
21	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	17
22	C84	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	17
23	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	17
24	D86	Sarkoidose	16
25	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	16
26	M33	Dermatomyositis-Polymyositis	13
27	L40	Psoriasis	13
28	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	13
29	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	13
30	M34	Systemische Sklerose	12

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	3652
2	1-859.x	Andere diagnostische Punktion und Aspiration: Sonstige	3275
3	8-836.xx	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Sonstige	890
4	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	795
5	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	699
6	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	439
7	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	416

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
8	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	249
9	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	247
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	229
11	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	215
12	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	178
13	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	173
14	8-543.11	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	163
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	148
16	8-543.12	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	144
17	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	117
18	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	111
19	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	109
20	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	104
21	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	93
22	8-800.60	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat	77
23	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	76
24	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	61
25	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	60
26	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	59
27	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	57

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
28	8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	57
29	8-854.70	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden	57
30	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	56

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-854	Hämodialyse	4027
2	1-859	Andere diagnostische Punktion und Aspiration	3276
3	8-547	Andere Immuntherapie	1222
4	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	894
5	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	746
6	8-855	Hämodiafiltration	719
7	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	479
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	463
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	458
10	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	323
11	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	265
12	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	249
13	8-857	Peritonealdialyse	237
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	216
15	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	181
16	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	88
17	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	82
18	8-853	Hämofiltration	62
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	61
20	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	60
21	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	59
22	1-941	Komplexe Diagnostik bei Leukämien	58
23	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	57

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	56
25	8-820	Therapeutische Plasmapherese	42
26	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	41
27	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	39
28	6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	34
29	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	34
30	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	33

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka
2	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Bergner
3	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Rheumatologische Ambulanz *Schwerpunkt: schwere Systemerkrankungen wie z.B. Lupus erythematodes, Sklerodermie, Vaskulitiden*
4	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Infektions-Ambulanz
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Innere Medizin *Hämatologie und Onkologie*
6	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Infektions-Ambulanz	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)

#	Ambulanz	Leistung
2	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Bergner	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
3	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
4	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
5	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
6	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI38 - Palliativmedizin
7	0172eaba-b5fb-4002-8fae-c1bd7de85908 (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
8	Zentrale Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“)

B-[1].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Rheumatologische Ambulanz	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		27,37	Fälle je VK/Person	60,32152
Beschäftigungsverhältnis	Mit	27,33	Ohne	0,04
Versorgungsform	Ambulant	4,14	Stationär	23,23

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		16,03	Fälle je VK/Person	102,994377
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16	Ohne	0,03
Versorgungsform	Ambulant	2,36	Stationär	13,67

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF14 - Infektiologie

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		36,69	Fälle je VK/Person	44,99864
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,8	Stationär	34,89

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

Gesamt		3,41	Fälle je VK/Person	484,1642

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,41

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,79	Fälle je VK/Person	435,620056
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,79

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,3	Fälle je VK/Person	717,8261
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		11,41	Fälle je VK/Person	144,697647
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	9,41

B-[1].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	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ20 - Praxisanleitung

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath

#	Zusatzqualifikation
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	ZP06 - Ernährungsmanagement
6	ZP07 - Geriatrie
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP13 - Qualitätsmanagement
9	ZP16 - Wundmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP23 - Breast Care Nurse
12	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

B-[2] Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

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

B-[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-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
3	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
4	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen *Verödung von Strukturen am Herzen, die Rhythmusstörungen auslösen, Behandlung von Rhythmusstörungen mit Schrittmachersystemen*
5	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
6	VX00 - („Sonstiges“): Transkutaner Aortenklappenersatz
7	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
8	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
11	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin *Insbesondere Schlafapnoesyndrom*
12	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation *Betreut werden Patienten nach Herztransplantationen*
13	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *Lungen- und Rippenfelltumore*
14	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
15	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren *Nicht invasives Verfahren zur Klärung des Vorliegens einer koronaren Herzkrankheit*
16	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
17	VR16 - Phlebographie
18	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*
19	VR06 - Endosonographie *Herz, Mediastinum*

#	Medizinische Leistungsangebote
20	VX00 - („Sonstiges“): Perkutane Ballonvalvuloplastie der Aorten- und Mitralklappe
21	VX00 - („Sonstiges“): Perkutane Kreißlaufunterstützungssysteme (ECMO, Impella, IABP)
22	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel *Von Herz und Lunge in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.*
23	VR02 - Native Sonographie *Herz (auch über Speiseröhre sowie unter Belastung), Gefäße, Brustkorb*
24	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*
25	VA00 - („Sonstiges“): Versorgung von Erkrankungen der thorakalen Aorta
26	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
27	VR04 - Duplexsonographie
28	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
29	VI35 - Endoskopie *Lungenspiegelung und Brustraumspiegelung*
30	VI34 - Elektrophysiologie
31	VX00 - („Sonstiges“): Renale Denervation
32	VX00 - („Sonstiges“): Perkutaner Verschluss des linken Vorhofohrs
33	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*
34	VI00 - („Sonstiges“): Allgemeine Notfallmedizin *Koordination des Notarztwagens, hausinterner Reanimationsdienst, Qualifikation mehrerer Ärzte als "Leitender Notarzt"*
35	VI27 - Spezialsprechstunde *Herzschrittmacher-Sprechstunde, Sprechstunde für Patienten mit implantierten Defibrillatoren, Schlafmedizin, Pneumologie (Lungenerkrankungen), Spezialsprechstunde Herzinsuffizienz*
36	VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) *Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifizierung 10.12.2021)*
37	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
38	VI00 - („Sonstiges“): Chest Pain Unit (CPU) zur Behandlung von Patienten mit Brustschmerz *Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Re-Zertifizierung 03.04.2018).*

#	Medizinische Leistungsangebote
39	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) (Zertifizierung 10.02.2020).*

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	6221
Teilstationäre Fallzahl	25

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	378
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	344
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	258
4	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	240
5	I35.0	Aortenklappenstenose	217
6	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	195
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	191
8	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	174
9	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	160
10	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	150
11	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	132
12	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	129
13	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	115
14	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	88
15	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	83
16	R55	Synkope und Kollaps	83
17	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	79
18	I48.3	Vorhofflattern, typisch	78
19	G47.38	Sonstige Schlafapnoe	76
20	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	63
21	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	61
22	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	60
23	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	55
24	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	50
25	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	50
26	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	48

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
27	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	48
28	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	47
29	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	45
30	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	45

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	738
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	605
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	476
4	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	425
5	I20	Angina pectoris	346
6	R07	Hals- und Brustschmerzen	200
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	200
8	G47	Schlafstörungen	180
9	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	161
10	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	134
11	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	134
12	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	111
13	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	110
14	I26	Lungenembolie	105
15	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	104
16	I47	Paroxysmale Tachykardie	99
17	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	98
18	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	86
19	R55	Synkope und Kollaps	83
20	R06	Störungen der Atmung	61
21	I11	Hypertensive Herzkrankheit	55
22	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	51
23	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	48
24	I42	Kardiomyopathie	46
25	A41	Sonstige Sepsis	43
26	E86	Volumenmangel	36
27	I63	Hirninfarkt	35
28	I95	Hypotonie	34
29	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	34
30	J45	Asthma bronchiale	31

B-[2].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2515
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2260
3	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1605
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	1020
5	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	955
6	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	945
7	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	835
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	717
9	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	713
10	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	709
11	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	620
12	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	620
13	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	549
14	1-205	Elektromyographie [EMG]	496
15	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	492
16	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	486
17	1-790	Polysomnographie	459
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	413
19	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	381
20	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	348
21	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	327
22	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	319
23	8-701	Einfache endotracheale Intubation	292
24	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	290

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
25	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	282
26	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	281
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	272
28	1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige	267
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	261
30	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]	257

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	2761
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2515
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2260
4	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2042
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1724
6	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1605
7	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1289
8	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1153
9	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	835
10	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	812
11	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	723
12	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	693
13	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	612
14	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	594
15	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	563
16	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	549
17	1-205	Elektromyographie [EMG]	496
18	1-790	Polysomnographie	459
19	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	449
20	1-268	Kardiales Mapping	398
21	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	364
22	5-35a	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen	364
23	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	328
24	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	306
25	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	303
26	8-701	Einfache endotracheale Intubation	292

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
27	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	290
28	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	272
29	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	252
30	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	245

B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	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 *Pneumologie*
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[2].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Arrhythmie-Ambulanz	VI00 - („Sonstiges“): Schrittmacher sowie Deibrillator-Kontrollen
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI00 - („Sonstiges“)
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten

#	Ambulanz	Leistung
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI34 - Elektrophysiologie

B-[2].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	57
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	49
3	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	12
4	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	11
5	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4
6	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	< 4
7	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	< 4
8	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	< 4
9	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
10	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
11	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	< 4

B-[2].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	124
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	11
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
4	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	< 4
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		44,1	Fälle je VK/Person	141,065765
Beschäftigungsverhältnis	Mit	44,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,66	Stationär	40,44

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		24,69	Fälle je VK/Person	251,964355
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,06	Stationär	22,63

B-[2].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-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		158,71	Fälle je VK/Person	39,19728
Beschäftigungsverhältnis	Mit	158,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	12,95	Stationär	145,76

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

Gesamt		4,72	Fälle je VK/Person	1318,00854
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,72

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,95	Fälle je VK/Person	625,226135
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,95

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,41	Fälle je VK/Person	15173,1709
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,41

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,97	Fälle je VK/Person	2094,61279
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,97

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

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	207366,672
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		15,47	Fälle je VK/Person	402,133148
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	7,01	Stationär	8,46

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

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

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt



B-[3] Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



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

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0700 - Gastroenterologie

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ralf Jakobs
Telefon	0621 503 4100
Fax	0621 503 4114
E-Mail	medc@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063

Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_gastrointestinale_onkologie/index_ger.html

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
3	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
4	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
6	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
7	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
9	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
10	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
11	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
12	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
13	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
14	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
15	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
16	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
17	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
18	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
19	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

#	Medizinische Leistungsangebote
20	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
21	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
22	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
23	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
24	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
25	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
26	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
27	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
28	VI40 - Schmerztherapie
29	VI35 - Endoskopie
30	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
31	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
32	VR06 - Endosonographie
33	VR02 - Native Sonographie
34	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
35	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
36	VR04 - Duplexsonographie
37	VI37 - Onkologische Tagesklinik
38	VI20 - Intensivmedizin *Zusammen mit der neurolog. Klinik und der Med. Klinik A, B: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung*
39	VH23 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Kontinenzsprechstunde, Diabetessprechstunde, MVZ Gastroenterologie/Hepatologie, ASV Gastrointestinale-Onkologie*
40	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
41	VX00 - („Sonstiges“): Diabeteszentrum *Stationäre Behandlungseinrichtung für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG (Re-Zertifizierung 09.12.2021).*
42	VX00 - („Sonstiges“): Viszeralonkologisches Zentrum (Darm-, Magen-, Pankreaskarzinomzentrum) *Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.03.2022).*

#	Medizinische Leistungsangebote
43	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum *Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Gültig bis 22.06.2021).*
44	VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) *Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifizierung 10.12.2021)*

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3509
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	290
2	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	98
3	K83.1	Verschluss des Gallenganges	97
4	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	72
5	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	71
6	C22.0	Leberzellkarzinom	61
7	B34.2	Infektion durch Koronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	60
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	54
9	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	54
10	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	51
11	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	51
12	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	48
13	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	46
14	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	45
15	D12.6	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	39
16	K83.0	Cholangitis	38
17	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	38
18	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	36

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
19	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	35
20	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	35
21	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	34
22	K92.1	Meläna	32
23	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	28
24	K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	26
25	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	26
26	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	26
27	K29.6	Sonstige Gastritis	26
28	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	26
29	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	25
30	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	25

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	291
2	K80	Cholelithiasis	160
3	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	153
4	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	143
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	123
6	K29	Gastritis und Duodenitis	118
7	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	108
8	K70	Alkoholische Leberkrankheit	104
9	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	91
10	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	81
11	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	79
12	C16	Bösartige Neubildung des Magens	75
13	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	74
14	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	74
15	K85	Akute Pankreatitis	70
16	D50	Eisenmangelanämie	66

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	61
18	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	61
19	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	60
20	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	58
21	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	54
22	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	53
23	K57	Divertikulose des Darmes	52
24	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	48
25	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	45
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	45
27	D37	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	42
28	D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	41
29	K25	Ulcus ventriculi	40
30	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	33

B-[3].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	2877
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	1096
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	799
4	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	404
5	3-056	Endosonographie des Pankreas	394
6	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	341
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	306
8	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	277
9	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	275

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
10	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	275
11	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	257
12	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	236
13	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	232
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	223
15	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	223
16	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	201
17	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	198
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	195
19	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	167
20	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	161
21	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	154
22	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	149
23	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	144
24	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	141
25	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	140
26	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	137
27	1-651	Diagnostische Sigmoideoskopie	133
28	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	125
29	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	116
30	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	114

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2934
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1426
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1228
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	1050
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	905
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	637
7	5-469	Andere Operationen am Darm	467
8	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	404
9	3-056	Endosonographie des Pankreas	394
10	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	392
11	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	372
12	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	275
13	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	265
14	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	245
15	3-05c	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane	232
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	215
17	1-654	Diagnostische Rektoskopie	200
18	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	179
19	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	146
20	8-547	Andere Immuntherapie	145
21	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	144
22	1-651	Diagnostische Sigmoideoskopie	133
23	1-636	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)	131
24	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	122
25	5-449	Andere Operationen am Magen	118
26	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	116
27	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	114

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	110
29	5-514	Andere Operationen an den Gallengängen	109
30	5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	84

B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde *Die Kontinenzsprechstunde der Med. Klinik C ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.*
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Innere Medizin *Gastroenterologie/Hepatologie*
4	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Onkologie *Versorgung v. Tumoren des Bauchraums und der Bauchorgane betrifft Krebserkrankungen des gesamten Verdauungstraktes, aber auch der Schilddrüse. Auch Beschwerden, die in direktem Zusammenhang mit der Behandlung in der ASV stehen (z.B. Chemotherapienebenwirkungen, Komplikationen) werden dort behandelt.*
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[3].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

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

B-[3].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-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	319
2	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	158
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	133
4	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	60
5	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	54
6	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	50
7	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	46
8	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	19
9	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	16
10	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	10

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
11	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	10
12	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	8
13	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	8
14	1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	5
15	5-452.82	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation	4
16	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	4
17	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	4
18	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	< 4
19	5-452.72	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
20	5-452.71	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4
21	5-431.21	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie	< 4
22	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	< 4
23	5-526.b	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Entfernung von alloplastischem Material	< 4
24	1-432.1	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pleura	< 4
25	1-641	Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege	< 4
26	5-429.j1	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	< 4

B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	389

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	322
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	152
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	22
5	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	10
6	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	8
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	5
8	5-431	Gastrostomie	5
9	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	5
10	1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		26,85	Fälle je VK/Person	130,689011
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,09	Stationär	24,76

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,26	Fälle je VK/Person	342,007782
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,02	Stationär	9,24

B-[3].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		41,71	Fälle je VK/Person	84,12851
Beschäftigungsverhältnis	Mit	41,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,03	Stationär	40,68

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

Gesamt		4,08	Fälle je VK/Person	860,049
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,08

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,48	Fälle je VK/Person	2370,9458
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,48	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,48

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,54	Fälle je VK/Person	6498,148
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,54

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,04	Fälle je VK/Person	349,501984
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	9,04

B-[3].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	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
7	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP07 - Geriatrie
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP13 - Qualitätsmanagement

#	Zusatzqualifikation
8	ZP23 - Breast Care Nurse

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

B-[4] Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



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

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
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/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein__viszeral__und_thoraxchirurgie/index_ger.html

B-[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-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
4	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
5	VC21 - Endokrine Chirurgie
6	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
7	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
8	VC24 - Tumorchirurgie *Metastasenchirurgie*
9	VC62 - Portimplantation
10	VC05 - Schrittmachereingriffe
11	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
12	VC11 - Lungenchirurgie
13	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
14	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
15	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
16	VC59 - Mediastinoskopie
17	VX00 - („Sonstiges“): Fremdkörperentfernungen
18	VH26 - Laserchirurgie
19	VG07 - Inkontinenzchirurgie
20	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
21	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
22	VD20 - Wundheilungsstörungen
23	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

#	Medizinische Leistungsangebote
24	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
25	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
26	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
27	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
28	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
29	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
30	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
31	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
32	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
33	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
34	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
35	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
36	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
37	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
38	VI38 - Palliativmedizin
39	VI40 - Schmerztherapie
40	VI42 - Transfusionsmedizin
41	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
42	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
43	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
44	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
45	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
46	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
47	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
48	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
49	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Halses
50	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
51	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
52	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
53	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Kopfes
54	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
55	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
56	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes

#	Medizinische Leistungsangebote
57	VC63 - Amputationschirurgie
58	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Thorax
59	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
60	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von sonstigen Verletzungen
61	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
62	VR02 - Native Sonographie
63	VR04 - Duplexsonographie
64	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
65	VR06 - Endosonographie
66	VH23 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Unfallchirurgie/D-Arzt, Kontinenzsprechstunde, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Darmkrebssprechstunde, Thoraxchirurgische Sprechstunde*
67	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
68	VX00 - („Sonstiges“): Viszeralonkologische Zentrum (Darm-, Magen- und Pankreaskarzinomzentrum) *Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 30.04.2020).*
69	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum *Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Gültig bis 22.06.2021).*
70	VX00 - („Sonstiges“): Thoraxzentrum (Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie) *Das Thoraxzentrum ist nach der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) zertifiziert (Erst-Zertifizierung 28.11.2019).*
71	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) *Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifizierung 10.12.2021)*

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2317
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	121
2	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	92
3	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	77
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	64
5	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	51
6	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	50
7	K61.0	Analabszess	48
8	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	47
9	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	43
10	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	42
11	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	40
12	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	36
13	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	36
14	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	34
15	K81.0	Akute Cholezystitis	33
16	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	32
17	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	31
18	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	31
19	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	29
20	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	29
21	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	27
22	S06.0	Gehirnerschütterung	24
23	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	24
24	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	24
25	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	21

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
26	K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	21
27	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	19
28	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	18
29	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	18
30	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	18

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	228
2	K57	Divertikulose des Darmes	134
3	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	113
4	K40	Hernia inguinalis	111
5	K35	Akute Appendizitis	108
6	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	96
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	65
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	64
9	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	61
10	E04	Sonstige nichttoxische Struma	57
11	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	56
12	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	55
13	K43	Hernia ventralis	53
14	K81	Cholezystitis	41
15	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	37
16	K42	Hernia umbilicalis	36
17	J86	Pyothorax	33
18	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	32
19	L05	Pilonidalzyste	31
20	L03	Phlegmone	31
21	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	31
22	S06	Intrakranielle Verletzung	28
23	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	27
24	K85	Akute Pankreatitis	27

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	C16	Bösartige Neubildung des Magens	23
26	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	21
27	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	20
28	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	19
29	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	19
30	J93	Pneumothorax	18

B-[4].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	79
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	62
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	61
4	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	28
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	24
6	C16	Bösartige Neubildung des Magens	21
7	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	11

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	231
2	1-690.0	Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision und intraoperativ: Bronchoskopie	209
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	204
4	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm² bis unter 200 cm²	126
5	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	119
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	114
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	90

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
8	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	83
9	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	83
10	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	68
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	68
12	5-333.1	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, thorakoskopisch	63
13	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	61
14	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	60
15	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	59
16	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	54
17	5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge	53
18	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	50
19	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	50
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	49
21	5-344.40	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	49
22	5-322.g1	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, thorakoskopisch: Ohne Lymphadenektomie	47
23	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	46
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	45
25	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	44
26	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	43
27	5-454.20	Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Ileums: Offen chirurgisch	37
28	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	36

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
29	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	35
30	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	32

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	371
2	5-511	Cholezystektomie	320
3	1-690	Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision und intraoperativ	209
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	204
5	5-469	Andere Operationen am Darm	193
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	162
7	5-470	Appendektomie	125
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	124
9	5-916	Temporäre Weichteildeckung	111
10	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	100
11	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	91
12	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	89
13	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	87
14	5-344	Pleurektomie	83
15	5-322	Atypische Lungenresektion	82
16	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	80
17	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	79
18	5-333	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand	78
19	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	76
20	8-190	Spezielle Verbandstechniken	72
21	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	71
22	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	68
23	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	61
24	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	60

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	56
26	5-454	Resektion des Dünndarmes	56
27	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	52
28	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	49
29	5-061	Hemithyreoidektomie	46
30	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	45

B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	127
2	5-501	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)	42
3	5-324	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	40
4	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	37
5	5-524	Partielle Resektion des Pankreas	24
6	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	21
7	5-502	Anatomische (typische) Leberresektion	18
8	5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	13
9	5-426	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität	11
10	5-323	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge	11

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Allgemein-/Viszeralchirurgie
3	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt-Fälle

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
4	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 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.*
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)	Thoraxchirurgie
6	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[4].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

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

B-[4].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	48

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
2	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	21
3	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	16
4	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	11
5	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	9
6	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	9
7	1-502.1	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion	< 4
8	1-502.2	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberarm und Ellenbogen	< 4
9	1-502.3	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterarm und Hand	< 4
10	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
11	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
12	1-502.5	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel	< 4
13	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	< 4
14	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	< 4
15	5-401.10	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Ohne Markierung	< 4
16	1-502.6	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	< 4
17	1-502.0	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Hals	< 4
18	5-536.10	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	< 4
19	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
20	5-482.0	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	64
2	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	22
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	21

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	11
5	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	9
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
7	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
8	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
9	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
10	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
11	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
12	5-482	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	< 4

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		23,97	Fälle je VK/Person	96,6625
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	5,12	Stationär	18,85

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		14,58	Fälle je VK/Person	158,916321
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,44	Stationär	11,14

B-[4].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ12 - Thoraxchirurgie
4	AQ07 - Gefäßchirurgie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		46,9	**Fälle je VK/Person**	49,40298
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	46,9	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	3	**Stationär**	43,9

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

Gesamt		4,4	**Fälle je VK/Person**	526,5909
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,4	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	4,4

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3	**Fälle je VK/Person**	772,3333
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	7723,333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,28	Fälle je VK/Person	8275
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,28

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

Gesamt		3,44	Fälle je VK/Person	673,5465
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,32	Stationär	3,12

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,7	Fälle je VK/Person	345,820923
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	4,7

B-[4].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	PQ22 - Intermediate Care Pflege

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP07 - Geriatrie
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP16 - Wundmanagement
6	ZP20 - Palliative Care

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt



B-[5] Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



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

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1518 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

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

B-[5].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-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
2	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
3	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
6	VX00 - („Sonstiges“): Varizenchirurgie
7	VX00 - („Sonstiges“): Carotischirurgie
8	VX00 - („Sonstiges“): Arteriographie
9	VX00 - („Sonstiges“): Phlebologie
10	VR02 - Native Sonographie
11	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
12	VR04 - Duplexsonographie
13	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
14	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Gefäßsprechstunde, Shuntsprechstunde*
15	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
16	VX00 - („Sonstiges“): Gefäßzentrum *Das Gefäßzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) sowie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung 01.04.2021)*
17	VX00 - („Sonstiges“): Interdisziplinäres Shunt-Regionalzentrum (Zentrum für Dialysezugänge) *Das Shunt-Regionalzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Gesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG und DDG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung 09.06.2021)*
18	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) *Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifizierung 10.12.2021)*

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

Vollstationäre Fallzahl	886
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	119
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	113

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	97
4	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	59
5	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	51
6	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	45
7	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	43
8	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	30
9	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	28
10	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	24
11	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	21
12	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	21
13	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	17
14	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	16
15	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	13
16	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	10
17	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	8
18	I70.8	Atherosklerose sonstiger Arterien	8
19	I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	7
20	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	7
21	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	7
22	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	7
23	I63.2	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	7
24	I63.1	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	6
25	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	6
26	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	5
27	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	4
28	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	4
29	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	4
30	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	4

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	403
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	102
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	80
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	47

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	I83	Varizen der unteren Extremitäten	31
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	29
7	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	25
8	Z49	Dialysebehandlung	24
9	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	19
10	I63	Hirninfarkt	17
11	N18	Chronische Nierenkrankheit	13
12	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11
13	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	10
14	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	9
15	I87	Sonstige Venenkrankheiten	6
16	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	5
17	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	5
18	A46	Erysipel [Wundrose]	4
19	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
20	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
21	I50	Herzinsuffizienz	< 4
22	L03	Phlegmone	< 4
23	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	< 4
24	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
25	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	< 4
26	S85	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterschenkels	< 4
27	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	< 4
28	S31	Offene Wunde des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
29	R60	Ödem, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	R09	Sonstige Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	< 4

B-[5].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Clipsystem	221
2	5-983	Reoperation	169
3	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	156
4	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	149
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	124
6	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	93

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
7	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	91
8	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	88
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	82
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	80
11	8-840.0s	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel	76
12	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	74
13	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	73
14	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	73
15	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	70
16	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	69
17	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	64
18	5-930.00	Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung	60
19	5-98a.0	Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie	59
20	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	47
21	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	46
22	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	45
23	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	43
24	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	43
25	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	42
26	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	41
27	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	40
28	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	40
29	5-896.1c	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion	40
30	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	39

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	532
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	481
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	319
4	5-381	Endarteriektomie	313

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	221
6	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	219
7	5-983	Reoperation	169
8	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	157
9	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	126
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	123
11	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	116
12	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	109
13	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	105
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	92
15	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	89
16	8-190	Spezielle Verbandstechniken	77
17	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	69
18	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	62
19	5-98a	Hybridtherapie	59
20	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	58
21	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	51
22	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	48
23	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	47
24	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	45
25	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	45
26	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	43
27	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	43
28	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	34
29	8-83c	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention	33
30	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	32

B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[5].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	Gefäßchirurgie, Shuntchirurgie *Diagnostik und Therapieempfehlung für alle gefäßchirurgischen Patienten auf Einweisung durch niedergelassene Ärzte.*
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[5].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

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

B-[5].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[5].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)	7
2	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	5
3	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	4
4	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
5	5-385.d0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	< 4
6	5-385.80	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	< 4
7	5-385.82	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena parva	< 4

B-[5].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	12

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,73	Fälle je VK/Person	114,61837

Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,12	Stationär	7,61

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,31	Fälle je VK/Person	166,855
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,08	Stationär	5,23

B-[5].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF31 - Phlebologie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		13,76	Fälle je VK/Person	64,38953
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,76

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

Gesamt		1,89	Fälle je VK/Person	468,783081
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,89

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,51	Fälle je VK/Person	443
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,51

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	2953,33325

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

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

Gesamt		1,19	Fälle je VK/Person	744,5378
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,19

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,48	Fälle je VK/Person	161,678833
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,13	Stationär	5,35

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ20 - Praxisanleitung

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP13 - Qualitätsmanagement

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt



B-[6] Klinik für Geriatrie

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung





Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Geriatrie

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

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

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt

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/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geriatrie/index_ger.html

B-[6].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-[6].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 *Duplexsonografie, 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*

#	Medizinische Leistungsangebote
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*
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 tpische Erkankungen wie VHF*
14	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen *alterstypisch oder medikamentös bedingt*
15	VI38 - Palliativmedizin *vor allem älterer nicht onkologischer 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*

#	Medizinische Leistungsangebote
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 einschl. gerontopsychiatrischer Erktankungen*
22	VN23 - Schmerztherapie *Neurologische Krankheitsbilder, z.B. Polyneuropathien*
23	VA00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	316
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	45
2	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	15
3	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	13
4	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	11
5	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	11
6	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	9
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	8
8	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	7
9	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	7

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
10	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	6
11	E86	Volumenmangel	5
12	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	5
13	I35.0	Aortenklappenstenose	5
14	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	4
15	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	4
16	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
17	B34.2	Infektion durch Koronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4
18	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	< 4
19	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	< 4
20	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
21	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
22	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
23	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
24	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	< 4
25	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	< 4
26	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
27	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	< 4
28	B02.0	Zoster-Enzephalitis	< 4
29	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	< 4
30	I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	< 4

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	73
2	I50	Herzinsuffizienz	23
3	I70	Atherosklerose	22
4	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	14
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	7

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	7
7	I61	Intrazerebrale Blutung	7
8	I21	Akuter Myokardinfarkt	6
9	E86	Volumenmangel	5
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
11	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	5
12	G40	Epilepsie	5
13	K57	Divertikulose des Darmes	4
14	S06	Intrakranielle Verletzung	4
15	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4
16	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4
17	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
18	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	< 4
19	K25	Ulcus ventriculi	< 4
20	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	< 4
21	T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	< 4
23	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
24	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	< 4
25	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	< 4
26	I83	Varizen der unteren Extremitäten	< 4
27	B02	Zoster [Herpes zoster]	< 4
28	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	< 4
29	N18	Chronische Nierenkrankheit	< 4
30	S72	Fraktur des Femurs	< 4

B-[6].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	167

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
2	1-902.1	Testpsychologische Diagnostik: Komplex	27
3	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	22
4	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	15
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	10
6	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	10
7	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	10
8	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	9
9	1-206	Neurographie	7
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	7
11	1-901.1	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Komplex	6
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	6
13	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	4
14	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	4
15	1-205	Elektromyographie [EMG]	< 4
16	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	< 4
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
20	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	< 4
21	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	< 4
22	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	< 4
23	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
24	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	< 4
25	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
26	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	< 4
27	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
28	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	< 4
29	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Clipsystem	< 4
30	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	< 4

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	204
2	1-902	Testpsychologische Diagnostik	28
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	15
4	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	15
5	8-547	Andere Immuntherapie	12
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	10
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	10
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	7
9	1-206	Neurographie	7
10	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	5
11	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	5
12	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	4
13	5-469	Andere Operationen am Darm	4
14	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	< 4
15	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	< 4
16	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
17	1-205	Elektromyographie [EMG]	< 4
18	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
20	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
21	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	5-431	Gastrostomie	< 4
23	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	< 4
24	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	< 4
25	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	< 4
26	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
27	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	< 4
28	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4
29	5-983	Reoperation	< 4
30	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	< 4

B-[6].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die Klinik für Geriatrie hält keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor.

B-[6].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[6].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In der Klinik für Geriatrie werden keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt.

B-[6].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		3,9	Fälle je VK/Person	81,02564
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,9

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	105,333328
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3

B-[6].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt	11,42	Fälle je VK/Person	27,67075

Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,42

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,9	Fälle je VK/Person	108,965508
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,9

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,18	Fälle je VK/Person	267,796631
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,18

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,35	Fälle je VK/Person	902,8572
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,35

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ02 - Diplom
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP07 - Geriatrie *z. B. Zercur*
2	ZP14 - Schmerzmanagement *z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse*

#	Zusatzqualifikation
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP13 - Qualitätsmanagement

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

B-[7] Klinik für Herzchirurgie

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Herzchirurgie

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

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

B-[7].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	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

nach § 135c SGB V

B-[7].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. Die Venen- bzw. Arterienentnahme wird*
2	VC02 - Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, 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	VD20 - Wundheilungsstörungen
31	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
32	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
33	VR04 - Duplexsonographie
34	VR16 - Phlebographie
35	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
36	VI34 - Elektrophysiologie
37	VR02 - Native Sonographie
38	VI27 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Herz-Ambulanz*
39	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
40	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) *Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifizierung 10.12.2021)*

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	676
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	188
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	92
3	I35.0	Aortenklappenstenose	74
4	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	48
5	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	45
6	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	33
7	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	30
8	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	15
9	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	15
10	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	11
11	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	10
12	I20.0	Instabile Angina pectoris	7

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
13	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	7
14	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	7
15	I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	7
16	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
17	I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	6
18	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	5
19	Q21.1	Vorhofseptumdefekt	5
20	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	4
21	T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	4
22	I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	< 4
23	I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert	< 4
24	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	< 4
25	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	< 4
26	I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	< 4
27	I31.2	Hämoperikard, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
29	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
30	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	< 4

B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	236
2	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	137
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	109
4	I33	Akute und subakute Endokarditis	33
5	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	33
6	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	31
7	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	18
8	I08	Krankheiten mehrerer Herzklappen	10
9	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	9
10	I20	Angina pectoris	7
11	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	5
12	D15	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	5
13	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	5

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
14	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	5
15	I05	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	4
16	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	< 4
17	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	< 4
18	I50	Herzinsuffizienz	< 4
19	I42	Kardiomyopathie	< 4
20	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
21	T17	Fremdkörper in den Atemwegen	< 4
22	F33	Rezidivierende depressive Störung	< 4
23	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	< 4
24	S11	Offene Wunde des Halses	< 4
25	Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	< 4
26	L87	Störungen der transepidermalen Elimination	< 4
27	K82	Sonstige Krankheiten der Gallenblase	< 4
28	T28	Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe	< 4
29	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
30	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	< 4

B-[7].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionsspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	537
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	404
3	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	403
4	5-93a.0	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation: Ohne Verwendung von Chelatoren	384
5	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	306
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	245
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	217
8	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	162
9	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	150

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
10	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	120
11	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	116
12	5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	103
13	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	95
14	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	84
15	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	74
16	8-821.2	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	71
17	5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	68
18	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	68
19	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	64
20	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	64
21	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	59
22	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	55
23	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	45
24	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	45
25	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	41
26	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	40
27	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	37
28	5-370.2	Perikardiotomie und Kardiotomie: Adhäsiolyse am Perikard	36
29	5-353.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik	34
30	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	34

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	646
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	557

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	552
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	435
5	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	404
6	5-93a	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation	384
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	217
8	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	206
9	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	177
10	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	171
11	5-38b	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation	163
12	5-916	Temporäre Weichteildeckung	139
13	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	120
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	82
15	9-984	Pflegebedürftigkeit	78
16	5-353	Valvuloplastik	76
17	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	71
18	5-379	Andere Operationen an Herz und Perikard	61
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	55
20	5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	50
21	5-370	Perikardiotomie und Kardiotomie	49
22	5-354	Andere Operationen an Herzklappen	46
23	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	45
24	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	45
25	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	38
26	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	34
27	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	34
28	8-190	Spezielle Verbandstechniken	33
29	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	32
30	5-362	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik	32

B-[7].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	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.*
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Patientenaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[7].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	HZ-Ambulanz	VC00 - („Sonstiges“)
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VC00 - („Sonstiges“)
3	Zentrale Patientenaufnahme	VX00 - („Sonstiges“)

B-[7].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In der Klinik für Herzchirurgie werden keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt.

B-[7].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		15,98	**Fälle je VK/Person**	42,30288
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	15,98	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	15,98

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,73	Fälle je VK/Person	87,45149
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,73

B-[7].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ08 - Herzchirurgie
2	AQ63 - Allgemeinmedizin

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		67,86	Fälle je VK/Person	9,96169
Beschäftigungsverhältnis	Mit	67,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	67,86

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

Gesamt		1,19	Fälle je VK/Person	568,0672
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,19

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,14	Fälle je VK/Person	215,286621
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,14

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,35	Fälle je VK/Person	1931,42859

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,35

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

Gesamt		6,03	Fälle je VK/Person	112,106133
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,03

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,27	Fälle je VK/Person	107,814987
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,27

B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ20 - Praxisanleitung

B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP16 - Wundmanagement

B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt


PHILIPS
PHILIPS
PHILIPS

B-[8] Urologische Klinik

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Urologische Klinik

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

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

B-[8].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-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	VU00 - („Sonstiges“): Da-Vinci-System
4	VU13 - Tumorchirurgie
5	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
6	VU00 - („Sonstiges“): Urologische Implantate
7	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
8	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
9	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
10	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
11	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
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
14	VU08 - Kinderurologie
15	VU09 - Neuro-Urologie
16	VG16 - Urogynäkologie
17	VU18 - Schmerztherapie
18	VU14 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Urologische Sprechstunde, Kontinenzsprechstunde*
19	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
20	VX00 - („Sonstiges“): Prostatakarzinomzentrum *Das Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 19.06.2020).*
21	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum *Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Gültig bis 22.06.2021).*

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3414
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	407
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	315
3	N40	Prostatahyperplasie	262
4	N20.1	Ureterstein	210
5	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	208
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	164
7	N13.6	Pyonephrose	147
8	N20.0	Nierenstein	128
9	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	114
10	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	77
11	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	71
12	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	57
13	N41.0	Akute Prostatitis	50
14	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	48
15	C67.0	Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae	47
16	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	46
17	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	45
18	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	45
19	T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	42
20	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	39
21	C67.6	Bösartige Neubildung: Ostium ureteris	39
22	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	35
23	N32.0	Blasenhalsobstruktion	34
24	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	33
25	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	29
26	R33	Harnverhaltung	28
27	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	25
28	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	24
29	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	21
30	D09.0	Carcinoma in situ: Harnblase	21

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	669
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	491
3	N20	Nieren- und Ureterstein	418
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	315
5	N40	Prostatahyperplasie	262

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	171
7	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	89
8	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	65
9	N35	Harnröhrenstriktur	63
10	N45	Orchitis und Epididymitis	57
11	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	57
12	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	53
13	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	53
14	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	46
15	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	45
16	N30	Zystitis	39
17	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	35
18	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	29
19	R33	Harnverhaltung	28
20	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	26
21	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	24
22	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	23
23	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	21
24	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	21
25	N17	Akutes Nierenversagen	18
26	C60	Bösartige Neubildung des Penis	17
27	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	16
28	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	14
29	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	13
30	A41	Sonstige Sepsis	12

B-[8].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	911
2	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	610
3	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	455
4	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	227
5	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	207

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	198
7	3-13f	Zystographie	197
8	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	179
9	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	173
10	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	168
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	160
12	8-137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung	151
13	8-137.13	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Intraoperativ	149
14	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	136
15	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	123
16	1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	118
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	100
18	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	98
19	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	95
20	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	95
21	8-137.03	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Intraoperativ	84
22	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	82
23	5-601.70	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Holmium-Laser-Enukleation	79
24	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	79
25	1-999.2x	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Diagnostische Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	79
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	79
27	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	78
28	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	76
29	5-604.42	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	75
30	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	75

B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	1247
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	988
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	626
4	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	582
5	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	435
6	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	295
7	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	208
8	3-13f	Zystographie	197
9	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	173
10	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	171
11	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	156
12	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	146
13	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	136
14	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	134
15	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	123
16	5-985	Lasertechnik	117
17	5-572	Zystostomie	98
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	86
19	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	83
20	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	83
21	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	78
22	3-13d	Urographie	76
23	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	75
24	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	74
25	5-640	Operationen am Präputium	73
26	5-469	Andere Operationen am Darm	68
27	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	60
28	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	59
29	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	49
30	5-983	Reoperation	48

B-[8].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	156

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Fallzahl
2	5-554	Nephrektomie	43
3	5-553	Partielle Resektion der Niere	36
4	5-576	Zystektomie	32

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Urologie
3	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Urologie
4	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde *Die Kontinenzsprechstunde der Urologischen Klinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.*
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[8].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Kontinenzsprechstunde	VU00 - („Sonstiges“)
2	Kontinenzsprechstunde	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU00 - („Sonstiges“)
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU08 - Kinderurologie

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

B-[8].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	344
2	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	134
3	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	114
4	8-137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung	86
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	34
6	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	31
7	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	24
8	5-611	Operation einer Hydrocele testis	20
9	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	16
10	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	15
11	5-630.0	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Sklerosierung der V. spermatica, skrotal	9
12	5-624.4	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	4
13	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	< 4
14	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4
15	8-110.2	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Niere	< 4
16	8-137.02	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	< 4
17	5-622.1	Orchidektomie: Skrotal, mit Epididymektomie	< 4
18	1-460.5	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Stufenbiopsie	< 4
19	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	< 4
20	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4
21	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	< 4
22	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	< 4

B-[8].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	582
2	5-640	Operationen am Präputium	117
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	34
4	5-572	Zystostomie	31
5	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	24
6	5-611	Operation einer Hydrocele testis	20
7	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	9

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	5-624	Orchidopexie	6
9	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	< 4
10	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	< 4

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		16,78	Fälle je VK/Person	203,4565
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,59	Stationär	15,19

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,42	Fälle je VK/Person	327,63916
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,89	Stationär	9,53

B-[8].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		33,06	Fälle je VK/Person	103,266777
Beschäftigungsverhältnis	Mit	33,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	32,06

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

Gesamt		4,24	Fälle je VK/Person	805,1887
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,24

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,72	Fälle je VK/Person	1984,88367
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,72

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,28	Fälle je VK/Person	12192,8574
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,28

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

Gesamt		1,54	Fälle je VK/Person	2216,883
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	0,94

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,52	Fälle je VK/Person	400,7042
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	8,22

B-[8].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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
5	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
6	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
7	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ20 - Praxisanleitung

B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

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

B-[8].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt


1
2
3
4
da Vinci Xi
MAQUET
OTESUS

B-[9] Frauenklinik/ Geburtshilfe

B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Frauenklinik/ Geburtshilfe

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann
Telefon	0621 503 3250
Fax	0621 503 3271
E-Mail	gyn@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie/index_ger.html

B-[9].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-[9].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	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
10	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
11	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
12	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
13	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
14	VG00 - („Sonstiges"): Plastisch rekonstruktive Eingriffe *In Kooperation mit der BG Klinik Ludwigshafen*
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*

#	Medizinische Leistungsangebote
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	VG00 - („Sonstiges“): Cerclage (Naht am Gebärmutterhals)
22	VG19 - Ambulante Entbindung
23	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
24	VX00 - („Sonstiges“): Angebot für werdende Eltern *Baby-Massage, Diabetesschulung für Schwangere, Entspannung im Wasser f. Schwangere, Akupunktur, Geburtsvorbereitung, Hypnose, Infoabende f. werdende Eltern, Neugeborenenscreening, Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflegekurs, Stillgruppentreffen, Laktationsberatung, Wochenbettbetreuung*
25	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
26	VR02 - Native Sonographie
27	VG00 - („Sonstiges“): 3D und 4D-Sonographie
28	VR04 - Duplexsonographie
29	VG15 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Brustsprechstunde, Dysplasiesprechstunde, Kindergynäkologische Sprechstunde, Endometriose-Sprechstunde, Sprechstunde im Rahmen der Geburtsvorbereitung (Geburtsplanung und Hebammensprechstunde)*
30	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
31	VX00 - („Sonstiges“): Brustzentrum *Das Brustzentrum Ludwigshafen ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 20.03.2018).*
32	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum *Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (gültig bis 22.06.2021).*

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1308

Teilstationäre Fallzahl	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	146
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	75
3	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	55
4	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	43
5	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	32
6	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	30
7	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	28
8	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	27
9	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	27
10	O28.8	Sonstige abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter	26
11	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	26
12	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	24
13	O06.4	Nicht näher bezeichneter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	23
14	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	22
15	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	22
16	N97.0	Sterilität der Frau in Verbindung mit fehlender Ovulation	21
17	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	19
18	O80	Spontangeburt eines Einlings	17
19	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	17
20	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	17
21	D06.9	Carcinoma in situ: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	16
22	N80.1	Endometriose des Ovars	15
23	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	15
24	O33.5	Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch ungewöhnlich großen Fetus	15
25	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	14
26	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	13
27	N80.0	Endometriose des Uterus	13
28	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	13
29	N83.0	Follikelzyste des Ovars	13

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
30	O20.0	Drohender Abort	13

B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	217
2	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	146
3	D25	Leiomyom des Uterus	56
4	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	51
5	N80	Endometriose	40
6	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	34
7	N97	Sterilität der Frau	33
8	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	32
9	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	32
10	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	30
11	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	28
12	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	28
13	O42	Vorzeitiger Blasensprung	27
14	O28	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik	26
15	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	24
16	N81	Genitalprolaps bei der Frau	22
17	D06	Carcinoma in situ der Cervix uteri	19
18	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	19
19	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	19
20	O80	Spontangeburt eines Einlings	17
21	O33	Betreuung der Mutter bei festgestelltem oder vermutetem Missverhältnis zwischen Fetus und Becken	16
22	O70	Dammriss unter der Geburt	16
23	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	15
24	O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	14
25	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	13

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	13
27	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	12
28	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	12
29	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	11
30	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	11

B-[9].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	155
2	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)	130
3	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	126
4	3-709.x	Szintigraphie des Lymphsystems: Sonstige	119
5	1-242	Audiometrie	107
6	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	99
7	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	99
8	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	89
9	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	83
10	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	77
11	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	72
12	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	56
13	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	54
14	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	51
15	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	49

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
16	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	39
17	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	38
18	5-783.0d	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken	38
19	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	38
20	5-657.72	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	36
21	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	35
22	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	30
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)	29
24	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	28
25	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	25
26	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	24
27	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	24
28	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	22
29	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage)	22
30	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	22

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	197
2	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	166
3	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	144
4	3-709	Szintigraphie des Lymphsystems	120

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	5-469	Andere Operationen am Darm	118
6	1-242	Audiometrie	107
7	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	104
8	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	102
9	3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems	99
10	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	99
11	3-100	Mammographie	90
12	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	89
13	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	83
14	5-661	Salpingektomie	82
15	5-749	Andere Sectio caesarea	77
16	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	72
17	9-984	Pflegebedürftigkeit	69
18	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	68
19	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	64
20	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	63
21	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	57
22	5-653	Salpingoovariektomie	55
23	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	48
24	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	45
25	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	35
26	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	26
27	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	24
28	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	22
29	5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	22
30	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	19

B-[9].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM07 - Privatambulanz	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe *Für türkisch-, englisch-, arabisch-, persisch- und russischsprachige werdende Eltern werden Sprechstunden in der jeweiligen Muttersprache 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)	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)	Endometriosesprechstunde *Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.*
6	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 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	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[9].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Brustsprechstunde	VX00 - („Sonstiges“)
2	Brustsprechstunde	VG00 - („Sonstiges“)
3	Brustsprechstunde	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Brustsprechstunde	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	Brustsprechstunde	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
6	Brustsprechstunde	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
7	Dysplasiesprechstunde	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	Dysplasiesprechstunde	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	Endometriosesprechstunde	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
10	Endometriosesprechstunde	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
11	Gynäkologische Ambulanz	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
12	Gynäkologische Ambulanz	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
13	Gynäkologische Ambulanz	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
14	Gynäkologische Ambulanz	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
15	Gynäkologische Ambulanz	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
16	Gynäkologische Ambulanz	VG16 - Urogynäkologie

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

B-[9].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	133

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	115
3	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	59
4	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	40
5	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	25
6	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	23
7	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	20
8	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	15
9	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	14
10	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	9
11	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	7
12	5-671.03	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Exzision mit elektrischer Nadel/Messer	4
13	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
14	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
15	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	< 4
16	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
17	5-651.82	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
18	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
19	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
20	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
21	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
22	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
23	5-657.82	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
24	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	< 4
25	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	< 4
26	5-681.62	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Destruktion: Thermokoagulation	< 4
27	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
28	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4

B-[9].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	133
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	115
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	35
4	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	14
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		10,36	**Fälle je VK/Person**	126,254829
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	10,36	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,95	**Stationär**	8,41

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,68	**Fälle je VK/Person**	195,8084
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,68	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,59	**Stationär**	5,09

B-[9].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-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		11,11	**Fälle je VK/Person**	117,731781
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	11,11	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1	**Stationär**	10,11

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

Gesamt		6,39	**Fälle je VK/Person**	204,694839
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,39	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	6,39

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,31	Fälle je VK/Person	4219,355
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,31

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	4360
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,82	Fälle je VK/Person	224,742264
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,82

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

Gesamt		0,69	Fälle je VK/Person	1895,65222
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,69

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,77	Fälle je VK/Person	274,213837
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,27	Stationär	4,5

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ11 - Pflege in der Nephrologie

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ16 - Familienhebamme
8	PQ20 - Praxisanleitung

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP13 - Qualitätsmanagement

B-[9].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

B-[10] Hals-Nasen-Ohren-Klinik

B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Hals-Nasen-Ohren-Klinik

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

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

B-[10].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-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
2	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
4	VH04 - Mittelohrchirurgie
5	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres

#	Medizinische Leistungsangebote
6	VH05 - Cochlearimplantation
7	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
8	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
9	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
10	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
11	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
12	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
13	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
14	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
15	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
16	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
17	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
18	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
19	VH25 - Schnarchoperationen
20	VH11 - Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
21	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
22	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
23	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
24	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
25	VH26 - Laserchirurgie
26	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
27	VH00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Schädelbasis
28	VH00 - („Sonstiges“): Phoniatrie
29	VH27 - Pädaudiologie
30	VH23 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, HNO-Ambulanz, Phoniatrie und Pädaudiologie*
31	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
32	VH00 - („Sonstiges“): Kopf-Hals-Tumorzentrum *Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.03.2022).*

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2233
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	220
2	J32.4	Chronische Pansinusitis	92
3	H71	Cholesteatom des Mittelohres	84
4	R04.0	Epistaxis	72
5	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	67
6	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	66

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	J36	Peritonsillarabszess	64
8	J35.0	Chronische Tonsillitis	61
9	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	54
10	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	47
11	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	45
12	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	45
13	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	43
14	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	40
15	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	35
16	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	31
17	K11.2	Sialadenitis	27
18	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	26
19	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	25
20	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	24
21	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	24
22	J38.4	Larynxödem	22
23	S02.2	Nasenbeinfraktur	22
24	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	20
25	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	19
26	C07	Bösartige Neubildung der Parotis	18
27	J38.3	Sonstige Krankheiten der Stimmlippen	18
28	C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis	18
29	D14.1	Gutartige Neubildung: Larynx	17
30	A46	Erysipel [Wundrose]	16

B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	242
2	J32	Chronische Sinusitis	169
3	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	122
4	H71	Cholesteatom des Mittelohres	84
5	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	77
6	R04	Blutung aus den Atemwegen	76
7	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	72
8	H81	Störungen der Vestibularfunktion	71
9	J36	Peritonsillarabszess	64
10	H91	Sonstiger Hörverlust	64
11	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	58
12	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	56
13	M95	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	54
14	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	47
15	J03	Akute Tonsillitis	47
16	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	45
17	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	45
18	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	44
19	D10	Gutartige Neubildung des Mundes und des Pharynx	42

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
20	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	32
21	H60	Otitis externa	30
22	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	28
23	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	27
24	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	21
25	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	20
26	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	19
27	C07	Bösartige Neubildung der Parotis	18
28	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	18
29	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	17
30	A46	Erysipel [Wundrose]	16

B-[10].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	241
2	J32	Chronische Sinusitis	213
3	H71	Cholesteatom des Mittelohres	81
4	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	77
5	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	75
6	H91	Sonstiger Hörverlust	68
7	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	57
8	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	49
9	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	40
10	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	11
11	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	9

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	364
2	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	361
3	1-242	Audiometrie	344
4	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	325
5	1-611.00	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt: Ohne weitere Maßnahmen	306
6	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	271
7	5-984	Mikrochirurgische Technik	268
8	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	188
9	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	169
10	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	131
11	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangsstenose)	124
12	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	124
13	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	120
14	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	118
15	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	115

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
16	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	99
17	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	87
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	83
19	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	81
20	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	79
21	5-983	Reoperation	77
22	5-262.04	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Mit intraoperativem Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	67
23	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszesstonsillektomie	64
24	1-422.1	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Hypopharynx	63
25	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	62
26	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	60
27	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	58
28	5-852.g0	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entnahme von Faszie zur Transplantation: Kopf und Hals	56
29	1-420.1	Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle: Zunge	54
30	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	50

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	501
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	482
3	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	364
4	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	361
5	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	357
6	1-242	Audiometrie	344
7	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	293
8	5-984	Mikrochirurgische Technik	268
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	235
10	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	177
11	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	153
12	1-422	Biopsie ohne Inzision am Pharynx	147
13	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	137
14	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	124
15	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	124
16	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	122
17	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	121
18	5-189	Andere Operationen am äußeren Ohr	120
19	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	120
20	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	118
21	5-985	Lasertechnik	103
22	1-421	Biopsie ohne Inzision am Larynx	100
23	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	88
24	5-983	Reoperation	77
25	1-420	Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle	75
26	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	73
27	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	70
28	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	64

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
29	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	64
30	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	59

B-[10].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[10].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 *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	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[10].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	HNO-Ambulanz	VX00 - („Sonstiges“)
2	HNO-Ambulanz	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
3	HNO-Ambulanz	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
4	HNO-Ambulanz	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
5	HNO-Ambulanz	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
6	HNO-Ambulanz	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
7	HNO-Ambulanz	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
8	HNO-Ambulanz	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
9	HNO-Ambulanz	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
10	HNO-Ambulanz	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
11	HNO-Ambulanz	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
12	HNO-Ambulanz	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
13	HNO-Ambulanz	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
14	HNO-Ambulanz	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
15	HNO-Ambulanz	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
16	HNO-Ambulanz	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
17	HNO-Ambulanz	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
18	HNO-Ambulanz	VH26 - Laserchirurgie
19	HNO-Ambulanz	VH04 - Mittelohrchirurgie
20	HNO-Ambulanz	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
21	HNO-Ambulanz	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
22	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH00 - („Sonstiges“)
23	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH00 - („Sonstiges“)
24	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH27 - Pädaudiologie
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH00 - („Sonstiges“)

#	Ambulanz	Leistung
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
33	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
34	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
35	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
36	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
37	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
38	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
39	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
40	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
41	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
42	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH26 - Laserchirurgie
43	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH04 - Mittelohrchirurgie
44	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
45	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie

B-[10].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	98
2	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	57
3	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	55
4	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	51
5	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	42
6	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	41
7	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	38
8	5-903.44	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	16
9	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	15
10	5-184.3	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Concharotation	14
11	5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	12
12	5-250.2	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Exzision	11
13	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	9
14	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	9
15	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangsstenose)	8
16	5-184.1	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Exzision von Weichteilen	8
17	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	7
18	5-216.2	Reposition einer Nasenfraktur: Offen, von außen	7
19	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	7
20	5-902.24	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	6

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
21	5-184.0	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels	6
22	5-902.14	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	4
23	5-259.2	Andere Operationen an der Zunge: Plastik des Frenulum linguae	< 4
24	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	< 4
25	5-188.0	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Reduktionsplastik (z.B. bei Makrotie)	< 4
26	5-214.5	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur ohne Resektion	< 4
27	5-273.3	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Mundboden	< 4
28	5-260.20	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Entfernung eines Speichelsteines: Speicheldrüse	< 4
29	5-903.40	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Lippe	< 4
30	5-903.15	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Hals	< 4

B-[10].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	40

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

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

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		13,93	Fälle je VK/Person	160,3015
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,66	Stationär	10,27

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,44	Fälle je VK/Person	300,1344
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,06	Stationär	5,38

B-[10].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
2	AQ19 - Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen

2	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		32,3	Fälle je VK/Person	69,13313
Beschäftigungsverhältnis	Mit	32,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	30,3

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

Gesamt		4,33	Fälle je VK/Person	515,7044
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,33

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,77	Fälle je VK/Person	1261,58191
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,77

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,35	Fälle je VK/Person	6380
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,35

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

Gesamt		2,08	Fälle je VK/Person	1073,55774
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,54	Stationär	1,54

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,07	Fälle je VK/Person	221,747772
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,07

B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

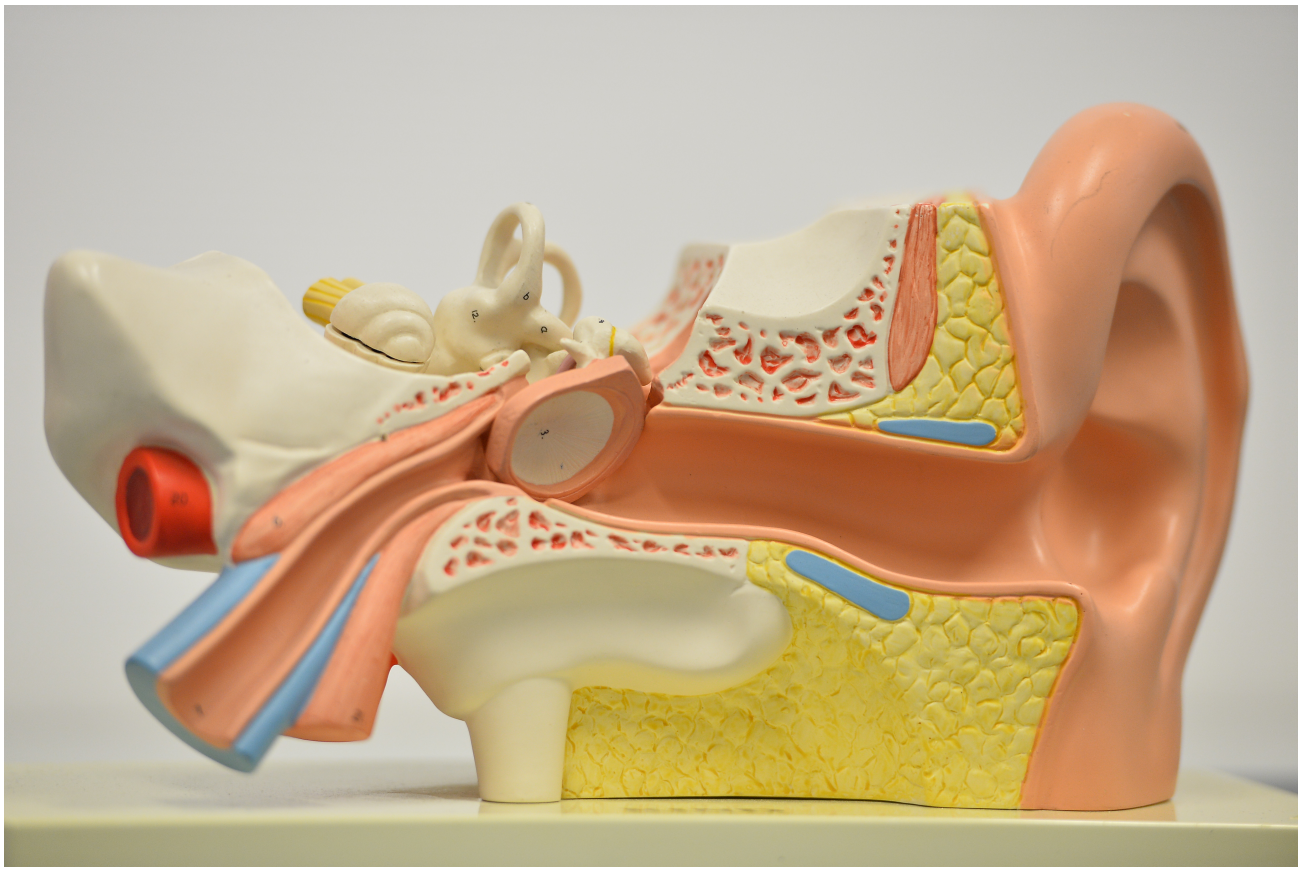
#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
7	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
8	PQ20 - Praxisanleitung

B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP14 - Schmerzmanagement
6	ZP20 - Palliative Care

B-[10].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt



B-[11] Augenklinik

B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Augenklinik

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2700 - Augenheilkunde

B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	FEBO, Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Lars-Olof Hattenbach
Telefon	0621 503 3051
Fax	0621 503 3081
E-Mail	auge@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/augenklinik/index_ger.html

B-[11].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-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
2	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
3	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
4	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
5	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
6	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
7	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
8	VA00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
9	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
10	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
11	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
12	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
13	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
14	VA18 - Laserchirurgie des Auges
15	VA15 - Plastische Chirurgie
16	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
17	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
18	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
19	VX00 - („Sonstiges“): Klinisches Studienzentrum *Das Studienzentrum besteht seit 2008 und ermöglicht klinische Forschungsprojekte gemäß europäischer und internationaler Richtlinien in höchster Qualität.*
20	VA17 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Augenambulanz*
21	VA00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2229
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	377

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	285
3	H35.38	Sonstige Degeneration der Makula und des hinteren Poles	238
4	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	232
5	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	72
6	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	67
7	H43.1	Glaskörperblutung	58
8	H02.1	Ektropium des Augenlides	53
9	H27.0	Aphakie	51
10	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	49
11	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	34
12	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	32
13	H02.3	Blepharochalasis	32
14	H11.0	Pterygium	31
15	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	30
16	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	29
17	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	28
18	E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	25
19	H16.0	Ulcus corneae	24
20	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	21
21	H47.2	Optikusatrophie	21
22	H40.0	Glaukomverdacht	19
23	H02.4	Ptosis des Augenlides	18
24	H35.6	Netzhautblutung	17
25	H40.8	Sonstiges Glaukom	16
26	H27.1	Luxation der Linse	14
27	H33.2	Seröse Netzhautablösung	13
28	H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	13
29	H20.0	Akute und subakute Iridozyklitis	12
30	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	11

B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	494
2	H40	Glaukom	386
3	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	273
4	H25	Cataracta senilis	249
5	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	134
6	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	73
7	H43	Affektionen des Glaskörpers	68

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	H27	Sonstige Affektionen der Linse	65
9	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	55
10	H34	Netzhautgefäßverschluss	46
11	H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	38
12	H26	Sonstige Kataraktformen	35
13	H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	32
14	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	28
15	H16	Keratitis	26
16	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	26
17	H44	Affektionen des Augapfels	26
18	H20	Iridozyklitis	15
19	S05	Verletzung des Auges und der Orbita	14
20	H05	Affektionen der Orbita	12
21	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	12
22	H21	Sonstige Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers	9
23	H04	Affektionen des Tränenapparates	8
24	H30	Chorioretinitis	8
25	B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	8
26	T26	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde	6
27	H31	Sonstige Affektionen der Aderhaut	5
28	H53	Sehstörungen	5
29	H00	Hordeolum und Chalazion	4
30	H59	Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	4

B-[11].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	475
2	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	370
3	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	316
4	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	270
5	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	223
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	196

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
7	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	166
8	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölentfernung	160
9	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	134
10	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	123
11	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	114
12	5-155.0	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Diathermie	109
13	5-158.43	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölimplantation	98
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	97
15	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	93
16	5-142.1	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie, chirurgisch	85
17	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	77
18	5-132.22	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklophotokoagulation: Transskleral	64
19	5-158.33	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung subretinaler Membranen: Silikonölimplantation	64
20	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	57
21	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	56
22	5-156.1	Andere Operationen an der Retina: Retinektomie	51
23	5-093.2	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch horizontale Verkürzung des Augenlides	51
24	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	48
25	5-157.0	Andere Operationen an der Choroidea: Subretinale Drainage	47
26	5-146.06	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	46
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	44
28	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	44
29	5-131.61	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den Kammerwinkel	43
30	5-158.13	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	41

B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	983
2	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	506
3	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	409
4	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	402
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	391
6	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	322
7	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	316
8	1-220	Messung des Augeninnendruckes	270
9	5-156	Andere Operationen an der Retina	180
10	5-142	Kapsulotomie der Linse	101
11	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	93
12	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	89
13	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	81
14	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	79
15	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	70
16	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	65
17	5-145	Andere Linsenextraktionen	54
18	5-137	Andere Operationen an der Iris	52
19	5-157	Andere Operationen an der Choroidea	48
20	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	45
21	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	44
22	8-020	Therapeutische Injektion	40
23	5-097	Blepharoplastik	36
24	5-147	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse	33
25	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	31
26	5-122	Operationen bei Pterygium	31
27	5-160	Orbitotomie	28
28	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	27
29	5-125	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik	20
30	5-115	Naht der Konjunktiva	20

B-[11].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Augenambulanz
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[11].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Augenambulanz	VA00 - („Sonstiges“)
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

#	Ambulanz	Leistung
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA00 - („Sonstiges“)
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
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-[11].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	513

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
2	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	137
3	5-142.2	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser	101
4	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	94
5	5-091.10	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	79
6	5-091.30	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	36
7	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	29
8	5-159.00	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana: Elektrolytlösung	15
9	5-091.31	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	13
10	5-112.1	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Exzision ohne Plastik	12
11	5-091.11	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	12
12	5-133.6	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Laseriridotomie	11
13	5-093.2	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch horizontale Verkürzung des Augenlides	9
14	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	9
15	5-144.5b	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	8
16	5-129.4	Andere Operationen an der Kornea: Entfernung einer Hornhautnaht	8
17	5-091.21	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision: Mit Beteiligung der Lidkante	7
18	5-096.6	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Lideröffnung nach Lidrekonstruktion	7
19	5-091.01	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision: Mit Beteiligung der Lidkante	5
20	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	4
21	5-139.12	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Einbringen von Medikamenten	4
22	5-091.20	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision: Ohne Beteiligung der Lidkante	4
23	5-149.0	Andere Operationen an der Linse: Einführung eines Kapselspannringes	< 4
24	5-095.11	Naht des Augenlides: Verschluss tiefer Liddefekte: Mit Beteiligung der Lidkante	< 4
25	5-093.1	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Naht	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
26	5-137.4	Andere Operationen an der Iris: Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)	< 4
27	5-139.0	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Parazentese	< 4
28	5-154.0	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Kryopexie	< 4
29	5-112.2	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Exzision mit Plastik	< 4
30	5-092.00	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Tarsorrhaphie: Ohne Lidkantenexzision	< 4

B-[11].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	526
2	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	156
3	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	96
4	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	14
5	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	10
6	5-097	Blepharoplastik	9
7	5-129	Andere Operationen an der Kornea	8
8	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	7
9	5-095	Naht des Augenlides	< 4
10	5-137	Andere Operationen an der Iris	< 4

B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		12,09	Fälle je VK/Person	184,367233
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,05	Stationär	9,04

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,69	Fälle je VK/Person	475,2665

Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,18	Stationär	3,51

B-[11].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ04 - Augenheilkunde

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		22,79	Fälle je VK/Person	97,80605
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	21,29

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

Gesamt		1,98	Fälle je VK/Person	1125,75757
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,98

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	13111,7646
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,32	Fälle je VK/Person	960,7759
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,32

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

Gesamt		1,19	Fälle je VK/Person	1873,10913
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,19	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,19

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		11,82	Fälle je VK/Person	188,57869
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,04	Stationär	10,78

B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

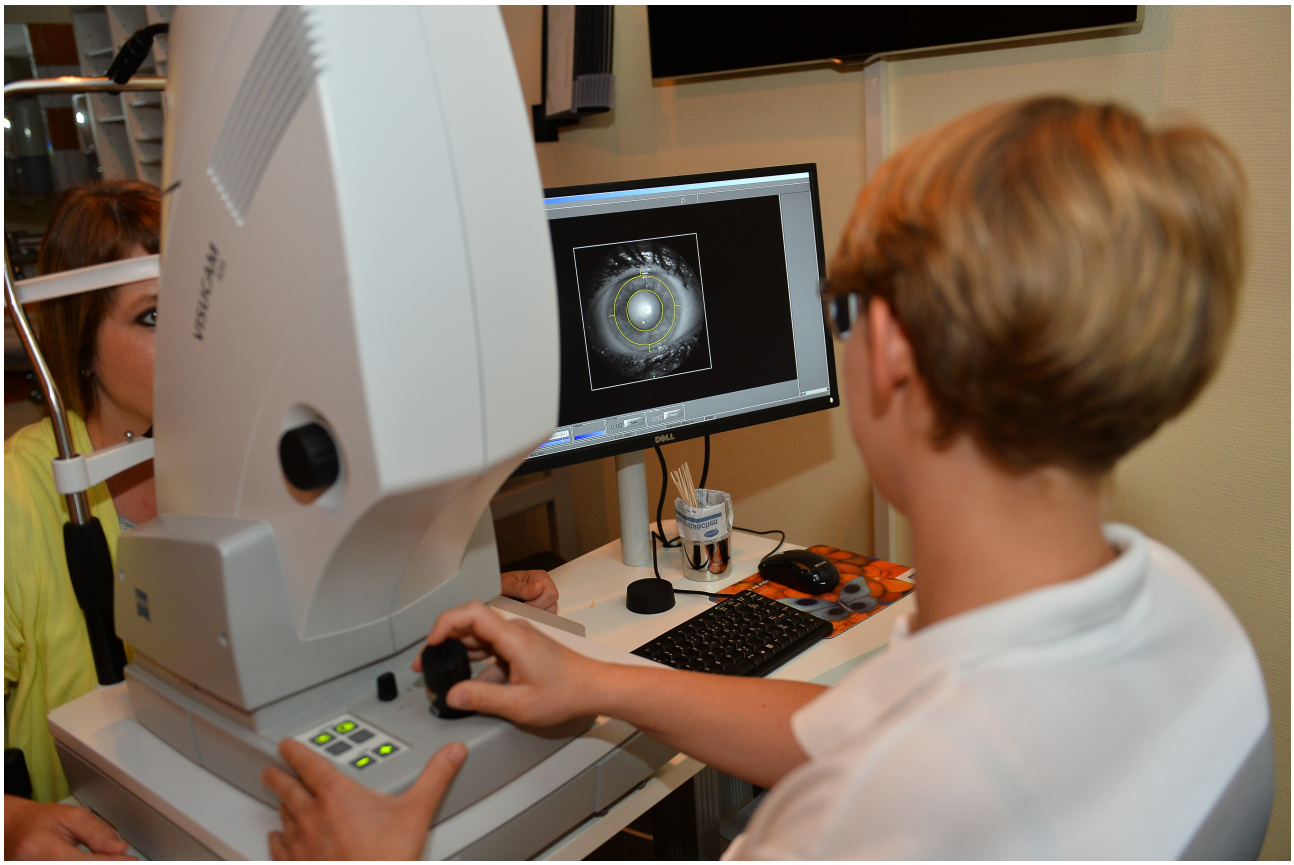
#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ02 - Diplom
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
8	PQ20 - Praxisanleitung

B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP14 - Schmerzmanagement

B-[11].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt



B-[12] Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit

B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt (bis März 2022)
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Armin Grau
Telefon	0621 503 4200
Fax	0621 503 4202
E-Mail	neurologie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt (seit März 2022)
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Simon Nagel
Telefon	0621 503 4200
Fax	0621 503 4202
E-Mail	neurologie@klilu.de
Strasse	Bremserstraße
Hausnummer	79
PLZ	67067
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.htmlhttps://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html

B-[12].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-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
2	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
3	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
4	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
5	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
6	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
7	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
8	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
9	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
10	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
12	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
13	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
14	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
15	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
16	VN00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie seltener Stoffwechselleiden
17	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) *Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifizierung 10.12.2021)*
18	VN20 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Ambulanz Multiple Sklerose, Botulinumtoxin-Ambulanz, Neurophysiologische Ambulanz, Gefäßambulanz Neurologie, Parkinson-Ambulanz*
19	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
20	VN24 - Stroke Unit *Die überregionale Stroke Unit ist nach den Kriterien der Schlaganfallgesellschaft und der Deutschen Schlaganfallhilfe durch die InterCertAG zertifiziert (Re-Zertifizierung Juli 2019). Sie ist das spezialisierte (Schlaganfall-)Zentrum zur Schlaganfallversorgung in der Vorderpfalz.*
21	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum *Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Gültig bis 22.06.2021).*

B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2901
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	478

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
2	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	219
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	159
4	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	106
5	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	90
6	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	77
7	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	52
8	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	49
9	I63.2	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	47
10	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	46
11	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	45
12	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	41
13	R42	Schwindel und Taumel	40
14	R20.1	Hypästhesie der Haut	36
15	R51	Kopfschmerz	36
16	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	34
17	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	30
18	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	29
19	G44.2	Spannungskopfschmerz	27
20	G61.8	Sonstige Polyneuritiden	24
21	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	22
22	I63.1	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	22
23	R20.2	Parästhesie der Haut	22
24	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	21
25	G43.0	Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]	21
26	G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	21

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
27	R55	Synkope und Kollaps	20
28	G51.0	Fazialisparese	20
29	H81.2	Neuropathia vestibularis	19
30	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	19

B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	859
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	291
3	G40	Epilepsie	256
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	121
5	H81	Störungen der Vestibularfunktion	92
6	I61	Intrazerebrale Blutung	71
7	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	65
8	G43	Migräne	53
9	G62	Sonstige Polyneuropathien	48
10	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	46
11	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	44
12	R42	Schwindel und Taumel	40
13	G61	Polyneuritis	38
14	R51	Kopfschmerz	36
15	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	31
16	G91	Hydrozephalus	29
17	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	28
18	F45	Somatoforme Störungen	28
19	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	28
20	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	21
21	D43	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	21
22	R55	Synkope und Kollaps	20
23	S06	Intrakranielle Verletzung	19
24	G12	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	17
25	H49	Strabismus paralyticus	17

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	16
27	G30	Alzheimer-Krankheit	15
28	G41	Status epilepticus	15
29	H53	Sehstörungen	14
30	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	14

B-[12].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1737
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1365
3	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1138
4	1-207.1	Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	473
5	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	394
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	296
7	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	282
8	1-206	Neurographie	276
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	229
10	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	212
11	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	212
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	200
13	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	197
14	8-981.33	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	185
15	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	148

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
16	1-205	Elektromyographie [EMG]	129
17	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	126
18	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	124
19	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	116
20	8-981.22	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden	104
21	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	103
22	8-981.23	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	103
23	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	98
24	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	87
25	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	83
26	8-836.80	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	82
27	8-981.20	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	80
28	8-981.21	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	76
29	8-83b.d	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung von flexiblen intrakraniellen Aspirationsmikrokathetersystemen	67
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	54

B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1737
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1614
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1365
4	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1083
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	776
6	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	417
7	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	395
8	1-206	Neurographie	276
9	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	269
10	8-547	Andere Immuntherapie	264
11	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	229
12	8-020	Therapeutische Injektion	212
13	1-205	Elektromyographie [EMG]	129
14	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	124
15	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	93
16	5-381	Endarteriektomie	67
17	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	47
18	1-902	Testpsychologische Diagnostik	38
19	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	36
20	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	34
21	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	34
22	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	31
23	8-390	Lagerungsbehandlung	30
24	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	28
25	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	26
26	8-83c	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention	18
27	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	17
28	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	17
29	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	15

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	14

B-[12].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[12].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 Nervenärzte und 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)	Botulinumtoxin-Ambulanz *Auf Überweisung durch Neurologen und Nervenärzte: Ambulante Behandlung extrapyramidaler Erkrankungen mit Botulinus-Toxin unter EMG-Kontrolle.*
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Neurophysiologische Ambulanz *Auf Überweisung durch Nervenärzte und Neurologen:*
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gefäßambulanz Neurologie *Überweisung durch Neurologen erforderlich.*
6	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
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)	Parkinson-Ambulanz *Auf Überweisung durch Nervenärzte und Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.*

B-[12].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“)
2	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“)
3	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“)
4	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“)
5	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
6	Botulinumtoxin-Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“)
7	Botulinumtoxin-Ambulanz	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
8	Gefäßambulanz Neurologie	VN00 - („Sonstiges“)
9	Gefäßambulanz Neurologie	VN00 - („Sonstiges“)
10	Gefäßambulanz Neurologie	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
11	Gefäßambulanz Neurologie	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
12	Neurophysiologische Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“)
13	Neurophysiologische Ambulanz	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
14	Neurophysiologische Ambulanz	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
15	Parkinson-Ambulanz	VX00 - („Sonstiges“)
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

#	Ambulanz	Leistung
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
33	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN23 - Schmerztherapie
34	Zentrale Notaufnahme	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
35	Zentrale Notaufnahme	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
36	Zentrale Notaufnahme	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

B-[12].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In der Neurologischen Klinik werden keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt.

B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		25,5	Fälle je VK/Person	113,764709
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,85	Stationär	21,65

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,45	Fälle je VK/Person	277,607666
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,48	Stationär	8,97

B-[12].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ42 - Neurologie

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		39,28	Fälle je VK/Person	73,85438
Beschäftigungsverhältnis	Mit	39,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,27	Stationär	38,01

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

Gesamt		1,39	Fälle je VK/Person	2087,05029
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,39

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,7	Fälle je VK/Person	617,2341
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,7

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,92	Fälle je VK/Person	993,4931
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,92

B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ12 - Notfallpflege
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ22 - Intermediate Care Pflege

B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP29 - Stroke Unit Care

B-[12].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt



B-[13] Klinik für Strahlentherapie

B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Strahlentherapie

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3200 - Nuklearmedizin
2	3300 - Strahlenheilkunde

B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Matthias Uhl
Telefon	0621 503 3800
Fax	0621 503 3838
E-Mail	strahlen@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/index_ger.html

B-[13].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-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie
2	VR31 - Orthovoltstrahlentherapie
3	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
4	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
5	VR34 - Radioaktive Moulagen
6	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
7	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
8	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
9	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) *Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.*
10	VR18 - Szintigraphie *Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.*
11	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden *Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.*
12	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen *Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.*
13	VR39 - Radiojodtherapie *Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.*

B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	637
Teilstationäre Fallzahl	1

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	78
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	69
3	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	51
4	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	35
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	29
6	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	24

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	23
8	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	21
9	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	21
10	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	20
11	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	19
12	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	16
13	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	15
14	C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet	14
15	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	13
16	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	10
17	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	8
18	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	8
19	C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris	8
20	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	7
21	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	7
22	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	6
23	C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet	6
24	C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	6
25	C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	6
26	C32.8	Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend	6
27	C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis	5
28	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	5
29	C11.9	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, nicht näher bezeichnet	5
30	C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet	5

B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	134
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	106
3	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	69
4	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	54
5	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	31
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	29
7	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	23
8	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	21
9	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	18
10	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	16
11	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	15

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	14
13	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	13
14	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	13
15	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	11
16	E04	Sonstige nichttoxische Struma	8
17	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	6
18	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	6
19	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	5
20	C11	Bösartige Neubildung des Nasopharynx	5
21	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	5
22	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	4
23	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	4
24	C16	Bösartige Neubildung des Magens	< 4
25	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4
26	C82	Follikuläres Lymphom	< 4
27	C83	Nicht follikuläres Lymphom	< 4
28	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	< 4
29	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
30	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	< 4

B-[13].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	2348
2	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	489
3	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	173
4	8-531.00	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	99
5	8-531.10	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	79
6	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	75
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	56
8	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	54
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	52
10	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	50

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
11	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	47
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	37
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	36
14	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	33
15	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	28
16	8-531.11	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	26
17	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	26
18	8-542.32	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	24
19	8-522.b0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	24
20	8-528.9	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan	23
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	20
22	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	18
23	8-542.42	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	18
24	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	15
25	8-542.22	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	13
26	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	11
27	8-542.31	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 1 Medikament	11
28	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	9
29	8-542.51	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	9
30	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	8

B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	2880
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	321
3	8-531	Radiojodtherapie	208
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	166
5	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	75
6	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	60
7	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	55
8	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	43
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	42

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
10	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	32
11	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	29
12	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	28
13	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	23
14	8-547	Andere Immuntherapie	11
15	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	8
16	5-230	Zahnextraktion	7
17	5-431	Gastrostomie	7
18	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	5
19	5-241	Gingivaplastik	5
20	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	5
21	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	5
22	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	4
23	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	4
24	5-279	Andere Operationen am Mund	4
25	1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	4
26	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	4
27	9-500	Patientenschulung	< 4
28	8-520	Oberflächenstrahlentherapie	< 4
29	8-548	Hochaktive antiretrovirale Therapie [HAART]	< 4
30	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4

B-[13].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[13].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*

B-[13].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

#	Ambulanz	Leistung
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-[13].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In der Klinik für Strahlentherapie werden keine ambulanten Operationen nach §115 SGB V durchgeführt.

B-[13].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[13].11 Personelle Ausstattung

B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		4,39	Fälle je VK/Person	145,102509
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,08	Stationär	2,31

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,38	Fälle je VK/Person	267,647064
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,38	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	1,01	Stationär	1,37

B-[13].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ58 - Strahlentherapie
2	AQ23 - Innere Medizin
3	AQ44 - Nuklearmedizin

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin

B-[13].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		11,56	Fälle je VK/Person	55,1038
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,56

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

Gesamt		0,4	Fälle je VK/Person	1592,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,4

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,91	Fälle je VK/Person	333,507874
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,91

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,17	Fälle je VK/Person	544,444458
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	1,12

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,29	**Fälle je VK/Person**	278,165955
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,29	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,15	**Stationär**	0,14

B-[13].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	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ20 - Praxisanleitung

B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP20 - Palliative Care

B-[13].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt



B-[14] Hautklinik

B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Hautklinik

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3400 - Dermatologie

B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Edgar Dippel
Telefon	0621 503 3350
Fax	0621 503 3366
E-Mail	hautklinik@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hautklinik/index_ger.html

B-[14].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-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
2	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
3	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
4	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
5	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
6	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
7	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
8	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
9	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
10	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
11	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
12	VD12 - Dermatochirurgie
13	VD15 - Dermatohistologie
14	VD16 - Dermatologische Lichttherapie
15	VD17 - Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
16	VD18 - Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
17	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
18	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
19	VD20 - Wundheilungsstörungen
20	VD00 - („Sonstiges“): Operationen von Lidtumoren
21	VD00 - („Sonstiges“): Konservative und operative Therapie des Ulcus cruris
22	VD00 - („Sonstiges“): Diangostik und Therapie der männlichen Genitalorgane
23	VD13 - Ästhetische Dermatologie
24	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
25	VD11 - Spezialsprechstunde *Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Kindersprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Nagelsprechstunde, Onkosprechstunde*
26	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
27	VD00 - („Sonstiges“): Hauttumorzentrum *Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).*

B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2113
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[14].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	640
2	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	103
3	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	92
4	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	78
5	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	74
6	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	71
7	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	53
8	A46	Erysipel [Wundrose]	46
9	B02.9	Zoster ohne Komplikation	43
10	L12.0	Bullöses Pemphigoid	41
11	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	38

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
12	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	35
13	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	34
14	L40.0	Psoriasis vulgaris	33
15	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	27
16	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	27
17	C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	26
18	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	25
19	B86	Skabies	25
20	T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden	24
21	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	18
22	C43.4	Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses	17
23	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	14
24	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	13
25	C43.2	Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges	12
26	L73.2	Hidradenitis suppurativa	12
27	D03.6	Melanoma in situ der oberen Extremität, einschließlich Schulter	12
28	L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	11
29	L30.1	Dyshidrosis [Pompholyx]	11
30	B02.3	Zoster ophthalmicus	11

B-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	954
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	315
3	D03	Melanoma in situ	70
4	B02	Zoster [Herpes zoster]	62
5	L30	Sonstige Dermatitis	61
6	L40	Psoriasis	49
7	A46	Erysipel [Wundrose]	46
8	L12	Pemphigoidkrankheiten	44

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	D04	Carcinoma in situ der Haut	44
10	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	32
11	D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	29
12	B86	Skabies	25
13	T63	Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren	24
14	I83	Varizen der unteren Extremitäten	23
15	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	17
16	D22	Melanozytennävus	16
17	C84	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	12
18	L73	Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	12
19	C00	Bösartige Neubildung der Lippe	11
20	L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	11
21	T88	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	10
22	L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	10
23	I87	Sonstige Venenkrankheiten	9
24	L88	Pyoderma gangraenosum	9
25	L28	Lichen simplex chronicus und Prurigo	9
26	D36	Gutartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	8
27	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	8
28	L95	Anderenorts nicht klassifizierte Vaskulitis, die auf die Haut begrenzt ist	8
29	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	8
30	I70	Atherosklerose	7

B-[14].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	1095

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
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	807
3	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	431
4	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	412
5	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	272
6	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	257
7	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	226
8	5-919.0	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung: 3-5 Tumoren	222
9	8-191.40	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Überknüpfpolsterverband, großflächig: Ohne Immobilisation durch Gipsverband	214
10	5-913.b4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Sonstige Teile Kopf	182
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	182
12	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	181
13	5-913.54	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	178
14	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	172
15	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	165
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	135
17	3-709.00	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Mit Gabe von radioaktiv markierten ungerichteten Substanzen	129

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
18	5-895.1a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	113
19	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	105
20	5-916.7a	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	105
21	5-913.24	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	100
22	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	95
23	1-490.4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Rumpf	81
24	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	75
25	5-913.5a	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Brustwand und Rücken	75
26	5-895.5a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	73
27	5-913.ba	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Brustwand und Rücken	73
28	5-906.04	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Sonstige Teile Kopf	64
29	8-560.4	Lichttherapie: Photodynamische Therapie (PDT)	62
30	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	61

B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	1823
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1602
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1163
4	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	969

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	682
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	434
7	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	332
8	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	330
9	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	325
10	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	290
11	1-490	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut	245
12	5-919	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung	237
13	5-915	Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	184
14	8-560	Lichttherapie	158
15	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	133
16	3-709	Szintigraphie des Lymphsystems	129
17	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	114
18	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	95
19	8-547	Andere Immuntherapie	77
20	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	51
21	1-415	Biopsie ohne Inzision an der Gesichtshaut	43
22	5-898	Operationen am Nagelorgan	39
23	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	39
24	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	32
25	5-389	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen	28
26	8-030	Spezifische allergologische Immuntherapie	27
27	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	21
28	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	19
29	8-190	Spezielle Verbandstechniken	19
30	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	13

B-[14].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[14].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)	Hautambulanz *Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich*
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[14].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Hautambulanz	VD00 - („Sonstiges“)
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD13 - Ästhetische Dermatologie
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)

#	Ambulanz	Leistung
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

B-[14].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-903.6a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Brustwand und Rücken	7
2	5-903.6a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Brustwand und Rücken	7
3	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	5
4	5-903.66	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Schulter und Axilla	5
5	5-903.19	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Hand	4
6	5-903.1g	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Fuß	4
7	5-273.4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Wange	< 4
8	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	< 4
9	5-903.6e	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Oberschenkel und Knie	< 4
10	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	< 4
11	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	< 4

B-[14].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	33
2	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	4
3	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4

4	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4

B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		13,14	**Fälle je VK/Person**	160,806686
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	13,14	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,44	**Stationär**	10,7

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,23	**Fälle je VK/Person**	499,5272
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,23	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,96	**Stationär**	3,27

B-[14].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF03 - Allergologie *Volle Weiterbildungsbefugnis (18 Monate)*
2	ZF06 - Dermatohistologie

#	Zusatz-Weiterbildung
3	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie *Volle Weiterbildungsbefugnis (12 Monate)*
4	ZF31 - Phlebologie *Weiterbildung (6 Monate)*

B-[14].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		19,2	Fälle je VK/Person	110,052078
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,54	Stationär	18,66

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

Gesamt		0,11	Fälle je VK/Person	19209,0918
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,11

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,17	Fälle je VK/Person	666,5615
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,17

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,97	Fälle je VK/Person	2178,35034
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,65	**Fälle je VK/Person**	244,277466
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,65	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2	**Stationär**	6,65

B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP16 - Wundmanagement

B-[14].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt



B-[15] Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie

B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3500 - Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie

B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Robert Andreas Mischkowski
Telefon	0621 503 3700
Fax	0621 503 3709
E-Mail	mkpg@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/mund__kiefer__und_plastische_gesichtschirurgie/index_ger.html

B-[15].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-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
2	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
3	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
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	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
13	VZ03 - Dentale Implantologie
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 Gesuchtsepithesen*

#	Medizinische Leistungsangebote
18	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunden *In der Ambulanz werden folgende Spezialsprechstunden angeboten: Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Tumornachsorge, Dysgnathiesprechstunde, Sprechstunde für Fehlbildungen inklusive Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, Implantatsprechstunde, Sprechstunde für plastisch-rekonstruktive Chirurgie.*
19	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*
20	VX00 - („Sonstiges“): Kopf-Hals-Tumorzentrum *Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.03.2022).*

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	959
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	79
2	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	51
3	K10.28	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer	51
4	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	49
5	K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	41
6	S02.2	Nasenbeinfraktur	36
7	K05.3	Chronische Parodontitis	35
8	S06.0	Gehirnerschütterung	34
9	K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	29
10	S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae	28
11	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	22
12	K04.7	Periapikaler Abszess ohne Fistel	22
13	K02.1	Karies des Dentins	20
14	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	17

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
15	S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile	15
16	K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	15
17	S01.51	Offene Wunde: Lippe	15
18	C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch	14
19	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	13
20	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	12
21	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	11
22	C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet	11
23	K04.8	Radikuläre Zyste	11
24	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	10
25	D16.5	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	10
26	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	9
27	C03.0	Bösartige Neubildung: Oberkieferzahnfleisch	9
28	K07.3	Zahnstellungsanomalien	9
29	K07.2	Anomalien des Zahnbogenverhältnisses	8
30	K09.0	Entwicklungsbedingte odontogene Zysten	8

B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	285
2	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	96
3	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	61
4	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	58
5	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	47
6	S06	Intrakranielle Verletzung	37
7	K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	37
8	S01	Offene Wunde des Kopfes	35
9	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	23
10	K02	Zahnkaries	21
11	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	21
12	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	20

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	17
14	J32	Chronische Sinusitis	17
15	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	15
16	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	13
17	K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	12
18	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	11
19	D16	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels	10
20	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	8
21	C00	Bösartige Neubildung der Lippe	7
22	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	6
23	C06	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	5
24	S03	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Kopfes	5
25	C05	Bösartige Neubildung des Gaumens	5
26	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	4
27	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	4
28	Q35	Gaumenspalte	4
29	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	4
30	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	< 4

B-[15].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	116
2	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	112
3	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	98
4	5-769.2	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	96
5	5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	80
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	68

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
7	5-230.1	Zahnextraktion: Mehrwurzeliger Zahn	64
8	5-766.3	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, von außen	64
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	61
10	5-240.2	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes: Osteotomie des Alveolarkammes [Alveolotomie]	55
11	5-770.7	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	53
12	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	52
13	8-925.00	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit Stimulationselektroden	51
14	5-760.23	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	50
15	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	49
16	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	49
17	5-984	Mikrochirurgische Technik	45
18	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	44
19	5-270.6	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär, kieferwinkelnah	43
20	5-403.02	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 3 Regionen	43
21	5-770.5	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)	38
22	5-244.20	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	35
23	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	34
24	5-765.73	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, von außen: Osteosynthese durch Platte	34
25	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	32
26	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	32
27	5-316.2	Rekonstruktion der Trachea: Verschluss eines Tracheostomas	32
28	5-230.0	Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn	32
29	5-230.2	Zahnextraktion: Mehrere Zähne eines Quadranten	31

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
30	5-77b.0	Knochentransplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen: Transplantation von Spongiosa, autogen	31

B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-230	Zahnextraktion	230
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	229
3	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	211
4	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	147
5	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	130
6	5-241	Gingivaplastik	125
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	101
8	5-270	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	98
9	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	96
10	5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	76
11	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	73
12	5-766	Reposition einer Orbitafraktur	73
13	5-765	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae	68
14	5-760	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur	66
15	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	64
16	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	61
17	5-240	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes	55
18	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	54
19	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	52
20	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	49
21	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	49
22	5-984	Mikrochirurgische Technik	45
23	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	45

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	5-77b	Knochentransplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	45
25	5-764	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae	43
26	5-778	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht	42
27	5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	37
28	5-775	Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula	37
29	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	34
30	5-908	Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel	33

B-[15].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Behandlung von Notfällen (24h)*

B-[15].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	MKPG-Ambulanz	VX00 - („Sonstiges“)
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ03 - Dentale Implantologie

#	Ambulanz	Leistung
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ11 - Endodontie
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ12 - Epithetik
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-[15].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-231.23	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	20
2	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	11
3	5-225.4	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	9
4	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur	9
5	5-231.13	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	8
6	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	7
7	5-231.20	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	6
8	5-245.1	Zahnfreilegung	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-903.A4	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	4
10	5-241.0	Gingivaplastik	4
11	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	4
12	5-903.1A	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
13	5-903.15	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
14	5-903.AA	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
15	5-231.22	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4
16	5-235.0	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	< 4
17	5-097.0	Blepharoplastik	< 4
18	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
19	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4
20	5-769.6	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	< 4
21	5-902.14	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
22	5-769.4	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	< 4
23	5-769.5	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	< 4
24	5-903.1B	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
25	5-903.66	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
26	5-903.94	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
27	5-903.36	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
28	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
29	5-231.02	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4
30	5-231.10	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4

B-[15].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	47
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	34
3	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	9
4	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	9
5	5-241	Gingivaplastik	4
6	5-245	Zahnfreilegung	4
7	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	< 4
8	5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	5-097	Blepharoplastik	< 4
10	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	< 4
11	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
12	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
13	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4

B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,94	Fälle je VK/Person	107,2707
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,59	Stationär	7,35

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,29	Fälle je VK/Person	181,285446
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,9	Stationär	4,39

B-[15].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
2	AQ64 - Zahnmedizin
3	AQ66 - Oralchirurgie

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen

B-[15].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		11,97	Fälle je VK/Person	80,11696
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,9	Stationär	10,07

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

Gesamt		0,31	Fälle je VK/Person	3093,54834
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,31

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,06	Fälle je VK/Person	904,717041
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,06

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	2906,06055
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

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

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	2906,06055
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,74	Fälle je VK/Person	350
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,74

B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
8	PQ20 - Praxisanleitung

B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP14 - Schmerzmanagement

B-[15].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt



B-[16] Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin

B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

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

B-[16].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-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote

#	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.*
2	VX00 - („Sonstiges“): Operative Intensivmedizin *Auf der operativen Intensivstation werden jährlich ca. 1.400 Patienten aller Altersstufen betreut (vorwiegend postoperative Patienten).*
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	VC71 - Notfallmedizin *Eine Verfügbarkeit des Notfallteams auf der Operativen Intensivstation ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Klinik stellt 2/3 der Notärzte des Klinikums Ludwigshafen. Die Leitung des Notarztstandorts im Klinikum obliegt einem Anästhesisten.*
7	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) *Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifizierung 10.12.2021)*

B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	229
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Patienten werden i.d.R. von der Intensivstation in andere Fachabteilungen verlegt. Die genannte Fallzahl entspricht den Patienten, welche direkt von der Operativen Intensivstation entlassen worden sind.

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	22
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	9
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	9
4	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	5
5	K66.1	Hämoperitoneum	4
6	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	4
7	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
8	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	4
9	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	4
10	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	4
11	I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	< 4
12	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	< 4
13	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
14	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	< 4
15	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	< 4
16	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	< 4
17	A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	< 4
18	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	< 4
19	R40.0	Somnolenz	< 4
20	I35.0	Aortenklappenstenose	< 4
21	R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	< 4
22	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
23	K55.8	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
24	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	< 4
25	K85.01	Idiopathische akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	< 4
26	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	< 4
27	T68	Hypothermie	< 4
28	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	< 4
29	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	< 4
30	I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	< 4

B-[16].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	22
2	A41	Sonstige Sepsis	12
3	I70	Atherosklerose	12
4	I50	Herzinsuffizienz	10
5	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	10
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	9
7	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	6
8	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	6
9	I63	Hirninfarkt	5
10	K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	5
11	I46	Herzstillstand	5
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	4
13	G40	Epilepsie	4
14	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	4
15	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
16	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	J86	Pyothorax	< 4
18	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	< 4
19	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	< 4
20	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	< 4
21	I61	Intrazerebrale Blutung	< 4
22	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	< 4
23	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
24	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
25	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	< 4
26	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	< 4
27	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	< 4
28	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
29	S36	Verletzung von intraabdominalen Organen	< 4
30	K85	Akute Pankreatitis	< 4

B-[16].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	382
2	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	321
3	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	304
4	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	282
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	237
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	216
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	177
8	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	149
9	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	90
10	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	75
11	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	47
12	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	47
13	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	46

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
14	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	38
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	38
16	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	36
17	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	33
18	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	31
19	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	31
20	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	28
21	8-821.2	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	28
22	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	26
23	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	26
24	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	26
25	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	25
26	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	25
27	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	23
28	8-144.1	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	22
29	5-312.0	Permanente Tracheostomie: Tracheotomie	22
30	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Clipsystem	19

B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	511
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	503
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	382
4	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	312
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	281
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	237
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	216
8	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	141
9	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	126
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	103
11	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	93
12	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	75
13	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	70

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
14	5-916	Temporäre Weichteildeckung	66
15	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	61
16	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	50
17	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	46
18	5-469	Andere Operationen am Darm	42
19	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	40
20	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	33
21	8-390	Lagerungsbehandlung	30
22	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	30
23	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	28
24	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	26
25	5-312	Permanente Tracheostomie	25
26	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	25
27	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	25
28	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	23
29	8-190	Spezielle Verbandstechniken	18
30	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	18

B-[16].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[16].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	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-[16].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Prämedikationsambulanz	VX00 - („Sonstiges“)
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“)

B-[16].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[16].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[16].11 Personelle Ausstattung

B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		53,31	Fälle je VK/Person	4,29563
Beschäftigungsverhältnis	Mit	53,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,98	Stationär	51,33

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		35,99	Fälle je VK/Person	6,36288
Beschäftigungsverhältnis	Mit	35,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,43	Stationär	34,56

B-[16].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
3	ZF28 - Notfallmedizin

B-[16].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		77,78	Fälle je VK/Person	2,9442
Beschäftigungsverhältnis	Mit	77,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,22	Stationär	74,56

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

Gesamt		7	Fälle je VK/Person	32,71429
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,27	Fälle je VK/Person	754
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,27

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,4	Fälle je VK/Person	163,571426
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,4

B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP06 - Ernährungsmanagement
3	ZP07 - Geriatrie
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP14 - Schmerzmanagement
6	ZP15 - Stomamanagement
7	ZP16 - Wundmanagement
8	ZP20 - Palliative Care
9	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[16].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt


PHILIPS
FRESENIUS MEDICAL CARE

B-[17] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Nicht-Bettenführend (FALSCHE ZUORDNUNG!)
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung (ab 01/2022)
Titel, Vorname, Name	Dr. Jürgen Heins
Telefon	0621 503 3650
Fax	0621 503 3660
E-Mail	heinsj@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung (bis 12/2021)
Titel, Vorname, Name	Dr. Henry Kohler
Telefon	0621 503 3650
Fax	0621 503 3660
E-Mail	iprm@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67067
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Therapeutin
Titel, Vorname, Name	Monique Zabel
Telefon	0621 503 3658
Fax	0621 503 3654
E-Mail	zabelm@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html

B-[17].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	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Handgelenks und der Hand
2	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms
3	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
4	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Kopfes
5	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Thorax
6	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
7	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von sonstigen Verletzungen
8	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarms
9	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Halses
11	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
12	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
13	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
14	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
15	VX00 - („Sonstiges“): Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
16	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
17	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
18	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
19	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
20	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
21	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
22	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
23	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
24	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
25	VX00 - („Sonstiges“): Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath Konzept, PNF)
26	VX00 - („Sonstiges“): Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie
27	VX00 - („Sonstiges“): Orthopädische und unfallchirurgische konservative Behandlung
28	VX00 - („Sonstiges“): Manuelle Therapie, Fascientechniken nach Typaldos
29	VX00 - („Sonstiges“): Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
30	VX00 - („Sonstiges“): Massage: Klassische und Spezialmassagen

#	Medizinische Leistungsangebote
31	VX00 - („Sonstiges“): Physikalische Therapie
32	VC00 - („Sonstiges“): Stationäre Herzsportgruppe
33	VX00 - („Sonstiges“): Chirotherapie
34	VX00 - („Sonstiges“): Chirodiagnostik
35	VX00 - („Sonstiges“): Manuelle Lymphdrainage/Kompressionsbehandlung
36	VX00 - („Sonstiges“): Funktionelle Beckenbodenarbeit
37	VX00 - („Sonstiges“): Ergotherapie/Arbeitstherapie
38	VX00 - („Sonstiges“): Atemgymnastik/-therapie
39	VX00 - („Sonstiges“): Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Gültig bis 22.06.2021)).

B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[17].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[17].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[17].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des ärztlichen Leiters

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Physikalische Therapie
3	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzzentrum

B-[17].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Physikalische Therapie	VX00 - („Sonstiges“)
2	Privatärztliche Ambulanz des ärztlichen Leiters	VX00 - („Sonstiges“)
3	Privatärztliche Ambulanz des ärztlichen Leiters	VX00 - („Sonstiges“)
4	Privatärztliche Ambulanz des ärztlichen Leiters	VX00 - („Sonstiges“)
5	Privatärztliche Ambulanz des ärztlichen Leiters	VX00 - („Sonstiges“)

B-[17].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In dem Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin werden keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt.

B-[17].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,31	**Fälle je VK/Person**	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,31	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,31

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1,31	**Fälle je VK/Person**	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,31	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,31

B-[17].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ49 - Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
2	ZF44 - Sportmedizin
3	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie
4	ZF40 - Sozialmedizin
5	ZF28 - Notfallmedizin
6	ZF37 - Rehabilitationswesen
7	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

B-[17].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,62	**Fälle je VK/Person**	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,62	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,62

B-[17].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[17].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[17].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

B-[18] Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Nicht-Bettenführend (FALSCHE ZUORDNUNG!)
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

B-[18].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Günter Layer
Telefon	0621 503 4500
Fax	0621 503 4590
E-Mail	radiologie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html

B-[18].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-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	VR15 - Arteriographie
3	VR16 - Phlebographie
4	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
5	VR41 - Interventionelle Radiologie
6	VR00 - („Sonstiges“): Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung *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	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren) *Computertomographie*
11	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
12	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) *Tomosynthese (3-D Mammographie), Stereotaktische Biopsie*
13	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
14	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
15	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
16	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren *MR-Mamma, MRCP, MR-Kolographie, MR-Angiographie, Herz-MR, Ganzkörper-MRT*

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
18	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
19	VR02 - Native Sonographie
20	VX00 - („Sonstiges“): Qualitätssicherungsprogramm für radiologische Interventionen *Zertifikat der DeGIR*
21	VR47 - Tumorembolisation
22	VR43 - Neuroradiologie
23	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
24	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
25	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunden *Nach Vereinbarung*
26	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme *Notfalldiagnostik (24h)*
27	VX00 - („Sonstiges“): Kooperationen *Brustzentrum, Gefäßzentrum, Hauttumorzentrum, Herzzentrum, Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum, Medizinische Klinik B, Onkologisches Zentrum, Prostatakarzinomzentrum, Überregionale Stroke Unit, Viszeralonkologisches Zentrum, Shuntzentrum, Zentrum für Autoimmunerkrankungen, Cardiac Arrest Center*

B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[18].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[18].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4210
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	3132
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	3091
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2849
5	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2351
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	2087
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1462
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	1006
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	827
10	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	728
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	702
12	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	410
13	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	368
14	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	364
15	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	356
16	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	355
17	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	335
18	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	325
19	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	262
20	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	232
21	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	228
22	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	218
23	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	197
24	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	188
25	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	173
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	138
27	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	130
28	3-843.0	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	124
29	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	123

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
30	3-827	Magnetresonanztomographie der Mamma mit Kontrastmittel	109

B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4210
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	3132
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	3091
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2849
5	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2351
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	2087
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1462
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	1006
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	827
10	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	728
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	702
12	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	410
13	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	368
14	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	364
15	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	356
16	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	355
17	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	335
18	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	325
19	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	262
20	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	244
21	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	232
22	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	218
23	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	197
24	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	188
25	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	173
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	138
27	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	130
28	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	127

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
29	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	123
30	3-721	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens	112

B-[18].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Rheumaambulanz *Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.*
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	*Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.*
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Brustsprechstunde *Vakuumstanzbiopsie*
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	*Notfalldiagnostik*

B-[18].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM11	VX00 - („Sonstiges“)
2	Brustsprechstunde	VX00 - („Sonstiges“)
3	Brustsprechstunde	VG00 - („Sonstiges“)
4	Brustsprechstunde	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR15 - Arteriographie
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

#	Ambulanz	Leistung
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR41 - Interventionelle Radiologie
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR43 - Neuroradiologie
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR16 - Phlebographie
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR47 - Tumorembolisation
25	017b8d2f-4997-42df-9463-022266080a55 (FALSCHE ZUORDNUNG!)	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

B-[18].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie werden keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt.

B-[18].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[18].11 Personelle Ausstattung

B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		18,08	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,65	Ohne	0,43
Versorgungsform	Ambulant	4,45	Stationär	13,63

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		12,48	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,05	Ohne	0,43
Versorgungsform	Ambulant	2,91	Stationär	9,57

B-[18].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie
2	AQ44 - Nuklearmedizin
3	AQ56 - Radiologie, SP Neuroradiologie

B-[18].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[18].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,97	**Fälle je VK/Person**	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,97	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,55	**Stationär**	8,42

B-[18].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[18].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[18].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

B-[19] Institut für Pathologie

B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Nicht-Bettenführend (FALSCHE ZUORDNUNG!)
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Pathologie

B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3790 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

B-[19].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Mindaugas Andrulis
Telefon	0621 503 4300
Fax	0621 503 4330
E-Mail	pathologie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/index_ger.html

B-[19].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	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von onkologischen Erkrankungen
2	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik der pulmonalen Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von hämatologischen Erkrankungen
4	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von sonstigen Formen der Herzkrankheit
7	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Nierenerkrankungen
8	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
9	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten des Peritoneums
10	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
11	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten der Pleura
13	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von rheumatologischen Erkrankungen
14	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von ischämischen Herzkrankheiten
15	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Allergien
17	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
18	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Autoimmunerkrankungen
19	VD15 - Dermatohistologie

B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[19].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[19].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[19].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[19].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

B-[19].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	MVZ	VX00 - („Sonstiges“)
2	MVZ	VX00 - („Sonstiges“)
3	MVZ	VX00 - („Sonstiges“)

B-[19].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
2	ASV	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In dem Institut für Pathologie werden keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt.

B-[19].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[19].11 Personelle Ausstattung

B-[19].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,06	**Fälle je VK/Person**	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,06	**Ohne**	0

Versorgungsform	Ambulant	2,13	Stationär	3,93

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,18	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,51	Stationär	1,67

B-[19].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ46 - Pathologie

B-[19].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[19].11.2 Pflegepersonal

Die MTLA's der Pathologie werden im A-Teil (unter 11.4 Spezielles therapeutisches Personal) abgebildet.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

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

B-[19].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[19].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[19].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt


KliLu

B-[20] Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

B-[20].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Nicht-Bettenführend (FALSCHE ZUORDNUNG!)
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3792 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

B-[20].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Matthias F. Bauer
Telefon	0621 503 3500
Fax	0621 503 3520
E-Mail	BauerMat@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin__pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html

B-[20].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-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten *Bakteriologische Untersuchungen inkl. Tuberkulose*
2	VX00 - („Sonstiges“): Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie" *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 sowie Antiepileptika*
7	VX00 - („Sonstiges“): Toxikologie *Drogennachweise, Bestimmung des Alkoholspiegel, Vergiftungen*
8	VX00 - („Sonstiges“): Point of Care Testing *Blutzuckerbestimmungen, Blutgasbestimmungen inklusive Oximetrie, Urinteststreifen-Diagnostik, Gerinnungsdiagnostik*
9	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten *Molekulargenetischer Nachweis von intra- und extrazellulären Bakterien; qualitativer und quantitativer Nachweis von Viren in menschlichen Untersuchungsmaterialien.*

#	Medizinische Leistungsangebote
10	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen *Molekulargenetischer Nachweis von somatischen, therapierelevanten 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 *- Krankenhaushygienische Beratung*
14	VX00 - („Sonstiges“): Transfusionsmedizin *Die immunhämatologische Labordiagnostik und Bereitstellung von Blutkonserven für die Transfusion in den Kliniken und Ambulanzen erfolgt im ILHT.*
15	VX00 - („Sonstiges“): Hämatologie *Die Bestimmung von Blutbildern, Differentialblutbildern und durchflusszytometischer Diagnostik aus Blut, Knochenmark und Punktaten erfolgt im ILHT.*
16	VX00 - („Sonstiges“): Autoimmundiagnostik
17	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen *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

B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[20].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[20].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[20].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-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[20].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[20].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	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz für Mitochondriale Medizin und Störungen des Energiestoffwechsels

B-[20].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz für Mitochondriale Medizin und Störungen des Energiestoffwechsels	VX00 - („Sonstiges“)
2	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	VX00 - („Sonstiges“)
3	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	VX00 - („Sonstiges“)
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“)
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“)

#	Ambulanz	Leistung
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 („Sonstiges“) -

B-[20].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In dem Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin werden keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt.

B-[20].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[20].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[20].11 Personelle Ausstattung

B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die angegebenen Zahlen des ambulanten Anteils ist ein rechnerischer Wert, der sich aus der erbrachten ambulanten Punktleistungen der Laboranalysen in Bezug auf die Gesamtpunktleistung des Instituts bezieht.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,5	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,07	**Stationär**	5,43

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,22	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,22	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,49	**Stationär**	3,73

B-[20].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-[20].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF11 - Hämostaseologie
2	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden –

B-[20].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 Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		0,96	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,93	Ohne	0,03
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,96

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,71	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,06	Stationär	8,65

B-[20].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[20].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

B-[21] Apotheke

B-[21].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Abteilungsart	Nicht-Bettenführend (FALSCHE ZUORDNUNG!)
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Apotheke

B-[21].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3791 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(III)

B-[21].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

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

B-[21].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-[21].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 patientenindividuellen Zytostatikazubereitungen, Augenarzneimitteln, spez. Zubereitungen zur patientengesteuerten Analgesie u. Studienmedikamenten*
4	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Beantwortung der Anfragen von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich Auswahl, Dosierung, Dosisanpassung, Applikation, Kompatibilitäten, Interaktionen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln*
5	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Durchführung der Arzneimittelanamnese bei der Patientenaufnahme*
6	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Apotheker auf Station: Beratung der Ärzte zur individuellen Arzneimitteltherapie der Patienten*
7	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Bereitstellung von Informationen zu gelisteten Arzneimitteln*
8	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Patientenindividuelle Umsetzungsempfehlungen für die häusliche Medikation von Patienten*
9	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Bewertung von neuen Präparaten*
10	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Erfassung, Bewertung und Weiterleitung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen*
11	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Erstellung von Verbrauchsstatistiken, Beratung zum Arzneimittelverbrauch, Vergleich von Therapiekosten bei vergleichbarer Wirksamkeit*
12	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Qualitätskontrolle des Umgangs mit Arzneimitteln v.a. im Rahmen von Stationsbegehungen*
13	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Mitarbeit bei klinischen Studien*
14	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Geschäftsführung bei der Arzneimittelkommission*

#	Medizinische Leistungsangebote
15	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Durchführung von klinikinternen Fortbildungen und Schulungen*
16	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Leitung des hauseigenen antibiotic-stewardship-Gremiums*
17	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen *Teilnahme an der infektiologischen Visite der Intensivstationen*
18	VX00 - („Sonstiges“): Zertifizierung durch die Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz (Re-Zertifizierung 22.10.2021)

B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[21].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[21].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[21].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Angabe entfällt

B-[21].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[21].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Angabe entfällt

B-[21].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[21].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[21].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Angabe entfällt

B-[21].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[21].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[21].11 Personelle Ausstattung

In der Apotheke sind folgende Personengruppen beschäftigt:

Personengruppe	VK
Leitende(r) Apotheker(in)	1,00
Fachapotheker(in)	2,28
Apotheker(in)	3,50
Pharmazeutisch-Kaufm. Assistent(in)	4,56
Pharmazeutisch-Techn. Assistent(in)	5,06
Praktikant(in)	2,0
Auszubildende(r) (PKA)	0,46
Hilfskraft	1,00
Sachbearbeiter(in)	0,52
Gesamt	**20,37**

B-[21].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

B-[21].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[21].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[21].11.2 Pflegepersonal

B-[21].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[21].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[21].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt


sab simplex
sab simplex
sab simplex



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	270
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	270
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	49
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	49
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	30
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	30
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	
Fallzahl	73
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	73
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	
Fallzahl	61
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	61
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	36
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	36
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	139
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	139
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	270
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	270
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	169
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	169
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	264
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	264
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	632
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	632
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

HCH - Herzchirurgie	
Fallzahl	772
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	772
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

HCH_AK_CHIR - Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe	
Fallzahl	112

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	112
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

HCH_AK_KATH - Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe	
Fallzahl	303
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	303
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

HCH_KC - Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen	
Fallzahl	328
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	328
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	1633
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	1633
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	538
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	538
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	**2005**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG	Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,13
Vertrauensbereich bundesweit	99,09 - 99,16
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	99,22 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	488
Beobachtete Ereignisse	488

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**2006**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund

	der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,16
Vertrauensbereich bundesweit	99,13 - 99,20
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	99,21 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	482
Beobachtete Ereignisse	482

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**2007**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,44
Vertrauensbereich bundesweit	98,24 - 98,62
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232000_2005**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,85 - 98,95
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,23 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	135

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232001_2006**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre

Fachlicher Hinweis IQTIG	Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,89 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,17 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	132

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232002_2007**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,81
Vertrauensbereich bundesweit	97,41 - 98,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

7. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**2009**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	90,98
Vertrauensbereich bundesweit	90,82 - 91,14
Rechnerisches Ergebnis	89,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,75 - 93,72

Fallzahl

Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	110

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	**232003_2009**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	66,88
Vertrauensbereich bundesweit	66,70 - 67,06
Rechnerisches Ergebnis	35,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	30,77 - 39,60

Fallzahl

Grundgesamtheit	445
Beobachtete Ereignisse	156

9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen	
Ergebnis-ID	**2013**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	92,29 - 92,59
Rechnerisches Ergebnis	93,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,95 - 96,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	151

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232004_2013**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG	durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,77
Vertrauensbereich bundesweit	92,56 - 92,97
Rechnerisches Ergebnis	98,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,23 - 99,67

Fallzahl

Grundgesamtheit	54
Beobachtete Ereignisse	53

11. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	**2028**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,55

Vertrauensbereich bundesweit	96,47 - 96,63
Rechnerisches Ergebnis	99,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,49 - 99,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	372
Beobachtete Ereignisse	371

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232005_2028**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,74
Vertrauensbereich bundesweit	95,61 - 95,86
Rechnerisches Ergebnis	99,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,03 - 99,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	110

Beobachtete Ereignisse	109

13. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren	
Ergebnis-ID	**2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,78
Vertrauensbereich bundesweit	98,74 - 98,83
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,98 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	371
Beobachtete Ereignisse	371

14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	**232006_2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,58 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,60 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	109
Beobachtete Ereignisse	109

15. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	**50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein

	Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,49 - 1,69

Fallzahl

Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	9,73

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**232007_50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,97 - 1,68

Fallzahl

Grundgesamtheit	450
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	35,82

17. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

Ergebnis-ID	**232010_50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,04 - 1,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	324
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	26,09

18. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	**231900**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine

	Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	17,66
Vertrauensbereich bundesweit	17,46 - 17,85
Rechnerisches Ergebnis	12,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	8,01 - 19,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	17

19. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**232008_231900**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,18
Vertrauensbereich bundesweit	18,04 - 18,31
Rechnerisches Ergebnis	17,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,94 - 20,60

Fallzahl

Grundgesamtheit	488
Beobachtete Ereignisse	83

20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	**50722**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,72
Vertrauensbereich bundesweit	96,66 - 96,78
Rechnerisches Ergebnis	99,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,83 - 99,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	482
Beobachtete Ereignisse	481

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232009_50722**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,66
Vertrauensbereich bundesweit	96,57 - 96,75
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,17 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	132

22. 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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich

Fachlicher Hinweis IQTIG	gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,31 - 2,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	30841
Beobachtete Ereignisse	254
Erwartete Ereignisse	97,08

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,28 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	**52326**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG	durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,33 - 0,34
Rechnerisches Ergebnis	0,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 0,74

Fallzahl

Grundgesamtheit	30841
Beobachtete Ereignisse	200

24. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	**521801**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06

Rechnerisches Ergebnis	0,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 0,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	30841
Beobachtete Ereignisse	50

25. 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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Kei ner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermu tete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

26. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID	**51906**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,77
Fallzahl	

Grundgesamtheit	143
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,35

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

28. 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, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine

	Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	**10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die

	Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,39
Vertrauensbereich bundesweit	6,97 - 7,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 22,81

Fallzahl

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.

	Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,08
Vertrauensbereich bundesweit	9,83 - 12,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

31. 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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	13,17
Vertrauensbereich bundesweit	12,08 - 14,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

32. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel
Einheit	%
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,81
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. 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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,88
Vertrauensbereich bundesweit	18,16 - 19,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 43,52 % (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. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen

	des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	89,00
Vertrauensbereich bundesweit	88,68 - 89,31
Rechnerisches Ergebnis	98,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,41 - 99,71

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	61

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 75,40 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,30
Vertrauensbereich bundesweit	3,19 - 3,42
Rechnerisches Ergebnis	2,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,05 - 6,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	149
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	**52321**
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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige

	Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	99,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,82 - 99,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	330
Beobachtete Ereignisse	328

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,26
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,92

Fallzahl

Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,80 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	**50055**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuel len Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herz tods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Stu dien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the

	prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricu-lar Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.
Einheit	%
Bundesergebnis	91,97
Vertrauensbereich bundesweit	91,58 - 92,34
Rechnerisches Ergebnis	97,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,30 - 99,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	69

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen

Ergebnis-ID	**50005**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuel len Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisati onstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der

	Europäi schen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Gli kson et al. 2021, McDonagh 2021, Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. • McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368. • Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias
Einheit	%
Bundesergebnis	97,70
Vertrauensbereich bundesweit	97,49 - 97,90
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,87 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	71

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

Ergebnis-ID	**52131**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z.

Fachlicher Hinweis IQTIG	B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Ag gregatwechsel 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	91,55
Vertrauensbereich bundesweit	91,22 - 91,86
Rechnerisches Ergebnis	98,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,56 - 99,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	128

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe 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 Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch

Fachlicher Hinweis IQTIG	beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,52

Fallzahl

Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	6,98

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,53 (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. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenann-ten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibril-lators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,26
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,40
Rechnerisches Ergebnis	96,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,99 - 98,19

Fallzahl

Grundgesamtheit	301
Beobachtete Ereignisse	291

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**131802**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	**52325**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann,

Fachlicher Hinweis IQTIG	wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID	**131803**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt,

	die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	53,76
Vertrauensbereich bundesweit	53,05 - 54,48
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0

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

	https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	2,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,39 - 11,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,01 (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. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**151800**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,41
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,70
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,48 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06

Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 5,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	**52307**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revi sion, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschritt machers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Prob lem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass

	rechnerische Auffälligkeiten unsyste matisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kranken haus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,64
Vertrauensbereich bundesweit	98,54 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,28 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	220
Beobachtete Ereignisse	220

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**111801**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	**101803**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni sationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizi enz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G;

	Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,40
Vertrauensbereich bundesweit	96,26 - 96,54
Rechnerisches Ergebnis	97,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,65 - 98,71

Fallzahl

Grundgesamtheit	265
Beobachtete Ereignisse	258

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Ergebnis-ID	**54140**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine

	Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni sationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewer tet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herz schrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364
Einheit	%
Bundesergebnis	99,54
Vertrauensbereich bundesweit	99,49 - 99,59
Rechnerisches Ergebnis	99,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,68 - 99,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	240
Beobachtete Ereignisse	239

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)

Ergebnis-ID	**52139**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren

Fachlicher Hinweis IQTIG	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herz schrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herz schrittmacher-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei gerin gen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechneri sche Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Ge raedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Kran kenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,41
Vertrauensbereich bundesweit	88,20 - 88,62
Rechnerisches Ergebnis	94,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,48 - 96,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	313
Beobachtete Ereignisse	296

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. 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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 0,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.

Ergebnis-ID	**52305**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann,

Fachlicher Hinweis IQTIG	wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revi sion, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschritt machers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Prob lem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsyste matisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kranken haus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,38
Vertrauensbereich bundesweit	95,30 - 95,46
Rechnerisches Ergebnis	94,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,39 - 96,23

Fallzahl

Grundgesamtheit	919
Beobachtete Ereignisse	873

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**101801**

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers	
Ergebnis-ID	**52311**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit

Fachlicher Hinweis IQTIG	einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,42
Vertrauensbereich bundesweit	1,34 - 1,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
Ergebnis-ID	**101802**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

	Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	53,31
Vertrauensbereich bundesweit	52,95 - 53,67
Rechnerisches Ergebnis	6,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,82 - 9,76

Fallzahl

Grundgesamtheit	260
Beobachtete Ereignisse	16

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

	Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,91 - 3,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	265
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	4,48

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**121800**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%

Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,60 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,35

Fallzahl

Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,82

Fallzahl

Grundgesamtheit	19

Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,19
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,47

Fallzahl

Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,98

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**603**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,11
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,26
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,13 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	45

Beobachtete Ereignisse	45

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**604**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,68
Vertrauensbereich bundesweit	99,53 - 99,78
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,79 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	58

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,65
Vertrauensbereich bundesweit	4,52 - 12,64
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

67. 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 4,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,40

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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. 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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	2,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,82 - 6,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

69. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID	**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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,14 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,18

Fallzahl

Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0

70. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	**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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt,

	die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,66
Vertrauensbereich bundesweit	1,12 - 2,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

71. 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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,75 - 3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

72. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	**51437**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,38
Vertrauensbereich bundesweit	96,74 - 97,90
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	

Ergebnis-ID	**51443**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,27
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,55
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 7,25

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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	2,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 10,30

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

76. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID	**51445**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,99
Vertrauensbereich bundesweit	1,51 - 2,62
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

77. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51448**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,93
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 4,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

78. 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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,81
Vertrauensbereich bundesweit	3,99 - 5,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

79. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,70
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 4,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten	
Ergebnis-ID	**382000**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,58 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,70 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81. Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten	
Ergebnis-ID	**382009**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der

	Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	0,58
Vertrauensbereich bundesweit	0,41 - 0,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,23 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	**382005**
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
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen

Fachlicher Hinweis IQTIG	jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	2,39
Vertrauensbereich bundesweit	2,03 - 2,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

83. 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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei

Fachlicher Hinweis IQTIG	Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 3,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Ergebnis-ID	**372000**
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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG	gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	1,67
Vertrauensbereich bundesweit	1,51 - 1,84
Rechnerisches Ergebnis	1,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,90 - 4,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	305
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,78 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Ergebnis-ID	**372001**
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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische

Fachlicher Hinweis IQTIG	Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Ergebnis-ID	**372009**
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,57 - 0,80
Rechnerisches Ergebnis	1,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,60 - 3,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	262
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,94 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	**372005**
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der

	Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	1,89
Vertrauensbereich bundesweit	1,73 - 2,08
Rechnerisches Ergebnis	2,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,21 - 5,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	281
Beobachtete Ereignisse	7

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

	Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 2,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	305
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	6,1

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,14 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

89. Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)	
Ergebnis-ID	**352000**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	95,57

Vertrauensbereich bundesweit	95,30 - 95,82
Rechnerisches Ergebnis	93,8
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,29 - 96,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	274
Beobachtete Ereignisse	257

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90. Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten

Ergebnis-ID	**352010**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	0,72
Vertrauensbereich bundesweit	0,61 - 0,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,94 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

91. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	**352006**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	1,95
Vertrauensbereich bundesweit	1,77 - 2,15
Rechnerisches Ergebnis	2,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,91 - 4,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	235
Beobachtete Ereignisse	5

92. 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	1,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,70 - 2,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	275
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	7,75

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,10
Vertrauensbereich bundesweit	97,99 - 98,19
Rechnerisches Ergebnis	99,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,57 - 99,89

Fallzahl

Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	160

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)	
Ergebnis-ID	**52330**

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,44
Vertrauensbereich bundesweit	99,32 - 99,54
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,57 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7

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

95. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)

Ergebnis-ID	**52279**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,77 - 99,01
Rechnerisches Ergebnis	99,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,30 - 99,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	149

Beobachtete Ereignisse	148

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezuvollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	**2163**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,09

Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,31

Fallzahl

Grundgesamtheit	23
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

97. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,17
Vertrauensbereich bundesweit	3,67 - 4,74
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,82

Fallzahl

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)	
Ergebnis-ID	**51847**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,11
Vertrauensbereich bundesweit	96,92 - 97,29
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,42 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	65

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,54
Vertrauensbereich bundesweit	2,41 - 2,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 9,52 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden	
Ergebnis-ID	**60659**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	10,67
Vertrauensbereich bundesweit	10,42 - 10,92
Rechnerisches Ergebnis	12,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	8,35 - 19,54

Fallzahl

Grundgesamtheit	139
Beobachtete Ereignisse	18

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 22,48 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Ergebnis-ID	**211800**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG	in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,46
Vertrauensbereich bundesweit	99,40 - 99,52
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,44 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	104

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 97,41 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.

Ergebnis-ID	**56000**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das

	Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	61,88
Vertrauensbereich bundesweit	61,68 - 62,08
Rechnerisches Ergebnis	42,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	35,16 - 50,28

Fallzahl

Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	69

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Ergebnis-ID	**56001**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Einheit	%
Bundesergebnis	29,94
Vertrauensbereich bundesweit	29,74 - 30,15
Rechnerisches Ergebnis	25,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,21 - 32,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	41

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 44,87 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen ver-gleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpas-sungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	74,55
Vertrauensbereich bundesweit	74,09 - 75,01
Rechnerisches Ergebnis	91,28

Vertrauensbereich Krankenhaus	86,71 - 94,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	195
Beobachtete Ereignisse	178

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 63,22 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenkhaus 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen ver-gleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpas-sungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,21
Vertrauensbereich bundesweit	3,03 - 3,40
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,28

Fallzahl

Grundgesamtheit	195
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 8,78 % (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	**56005**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,39 - 0,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	946
Beobachtete Ereignisse	63
Erwartete Ereignisse	124,48

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56006**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den

	vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,51

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,66

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56007**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle

	zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 0,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	770
Beobachtete Ereignisse	38
Erwartete Ereignisse	154,40

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

	dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,24
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	1722
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde	
Ergebnis-ID	**56009**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%

Bundesergebnis	4,76
Vertrauensbereich bundesweit	4,70 - 4,82
Rechnerisches Ergebnis	1,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,09 - 2,80

Fallzahl

Grundgesamtheit	946
Beobachtete Ereignisse	17

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,60 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	**56010**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	18,19
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 18,68
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 33,04

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

112. Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

Ergebnis-ID	**56011**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,14
Vertrauensbereich bundesweit	11,03 - 11,26
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,49 - 1,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	770
Beobachtete Ereignisse	8

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

113. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,25
Vertrauensbereich bundesweit	93,00 - 93,49
Rechnerisches Ergebnis	97,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,04 - 98,76

Fallzahl

Grundgesamtheit	204
Beobachtete Ereignisse	198

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

114. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen	
Ergebnis-ID	**56016**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,07
Vertrauensbereich bundesweit	94,99 - 95,16
Rechnerisches Ergebnis	96,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,18 - 98,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	572
Beobachtete Ereignisse	554

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

115. 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	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel
Einheit	%
Bundesergebnis	96,53
Vertrauensbereich bundesweit	96,07 - 96,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,97
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,80 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	70

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

117. 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
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,97 - 1,38

Fallzahl

Grundgesamtheit	169
Beobachtete Ereignisse	70
Erwartete Ereignisse	59,97

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,24 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

118. 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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,54
Vertrauensbereich bundesweit	18,37 - 18,71
Rechnerisches Ergebnis	20,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,85 - 38,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	6

119. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182001_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen

	Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	45,71
Vertrauensbereich bundesweit	45,40 - 46,02
Rechnerisches Ergebnis	73,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	48,05 - 89,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	11

120. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182002_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,69
Vertrauensbereich bundesweit	3,61 - 3,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

121. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182003_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	20,97
Vertrauensbereich bundesweit	20,66 - 21,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

122. 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	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	70,68
Vertrauensbereich bundesweit	70,41 - 70,95
Rechnerisches Ergebnis	82,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,74 - 91,47

Fallzahl

Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	34

123. 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	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen

	Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,67
Vertrauensbereich bundesweit	92,30 - 93,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

124. 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	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	86,54
Vertrauensbereich bundesweit	85,92 - 87,13
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

125. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden	
Ergebnis-ID	**182007_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	75,10
Vertrauensbereich bundesweit	74,58 - 75,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

126. 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	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt,

	die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,87 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,57 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7

127. 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	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	43,84
Vertrauensbereich bundesweit	43,35 - 44,34
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

128. 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, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,14 - 0,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

129. 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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,21 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,32

Fallzahl

Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	0

130. 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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,38

131. 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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten

Fachlicher Hinweis IQTIG	individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 165,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,01

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,94 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

132. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend	
Ergebnis-ID	**318**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,17
Vertrauensbereich bundesweit	96,95 - 97,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

133. 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, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,48
Fallzahl	

Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,08

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

134. 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, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 137,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03

135. Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51813_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32

136. Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51818_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können

	unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,39

137. Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51823_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33

138. 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	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,96 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

139. 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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,73 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 69,40

Fallzahl

Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

140. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	**181802_181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der

	Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 78,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03

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	Auswahl
1	Schlaganfall ([Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz])	Ja

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

#	DMP
1	Asthma bronchiale *Der Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V wurde zwischen dem Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH und der BKK-Landesverband Mitte, IKK Südwest, Knappschaft Bochum, SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse sowie den Ersatzkassen in RLP (Barmer GEK, TK, DAK-Gesundheit, KKH, HEK, hkk) geschlossen und regelt die indikationsgesteuerte u. systematische Koordination der Behandlung der Patienten mit Asthma bronchiale sowie die stationäre Versorgung.*
2	Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) *Die Vereinbarung im Rahmen d. Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V wurde zw. den Krankenhäusern in RLP und der AOK RLP/Saarland geschlossen u. regelt die stat. Versorgung von Patienten mit COPD mit dem Ziel, abhängig von Alter u. Begleiterkrankungen, der Vermeidung/Reduktion von akuten u. chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen u. der raschen Progredienz der Erkrankung, der Reduktion der COPD-bedingten Letalität und der adäquaten Behandlung der Komorbiditäten.*

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Zertifikat "Aktion Saubere Hände" in Bronze	
Leistungsbereich	Gesamthaus
Ergebnis	09.09.2021
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	Zertifizierung 21.09.2021
Messzeitraum	jährlich
Quellenangabe	https://azav-zertifikat.de/azav-zertifizierung/

Qualitätsindikatoren lt. Anforderungen bei Ringversuchen des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen.	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Ergebnisse der Ringversuche
Messzeitraum	Jährlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	www.zentrallabor.com

Antibiotikaverbrauchs-Surveillance-Projekt ADKA-if-RKI	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	(Antibiotikaverbrauchsdichten 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: 9. Krankenhausvergleichsreport
Quellenangabe	www.antiinfektiva-surveillance.de

Fachliche Anforderungen an die Apotheke nach den Kriterien der LAK RLP und nach DIN EN ISO 9001:2008

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Re-Zertifizierung Oktober 2021
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog

Ringversuch Arzneimittelinformation gem. den Anforderungen des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA)	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat 01.01.2021
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	www.adka.de

Informationssicherheitsmanagementsystem (ISO/IEC 27001:2013)	
Leistungsbereich	Innovation und Technologie Rhein-Neckar Ludwigshafen GmbH (ITRNLU)
Ergebnis	Zertifizierung am 29.05.2020
Messzeitraum	jährlich

Zertifizierung der Intensivstationen nach den Anforderungen der Pflege e.V. "Angehörige jederzeit willkommen" (ein erster Schritt zur angehörigenfreundlichen Intensivstation)	
Leistungsbereich	Intensivstationen (Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Re-Zertifizierung in 2021
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Rechenregeln	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Referenzbereiche	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Vergleichswerte	http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/
Quellenangabe	http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/

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

Teilnahme an externen Qualitätskontrollen nach RiliBÄK 2019 für alle Bereiche des ILHT.	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Deutschlandweiter Benchmark
Messzeitraum	mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2019 und DIN EN ISO 22870:2016 sowie DIN EN ISO 15189:2014
Vergleichswerte	Benchmark mit Referenzhäusern und Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK 2019 und DIN-Normen
Quellenangabe	www.instandev.de, www.rfb.bio, DIN EN ISO 22870:2016 und RiliBÄK 2019

Akkreditierung klinische Chemie, Molekulare Diagnostik, Mikrobiologie, Serologie, Transfusionsmedizin, POCT	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Erfolgreiche Akkreditierung Januar 2020
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Gemäß DIN EN ISO 15189:2014 und DIN EN ISO 22870:2016
Vergleichswerte	Benchmark mit akkreditierten Referenzhäusern und Referenzlaboratorien
Quellenangabe	DIN EN ISO 15189:2014, DIN EN ISO 22870:2016

Referenzlaboratorium für die Firmen Bio-Rad und Thermo-Fisher	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich gemäß RiliBÄK 2019
Quellenangabe	www.bio-rad.com, www.thermofisher.com und RiliBÄK 2019

Laborvergleiche in der Serologie und Stuhldiagnostik	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	nach DIN EN ISO 15189:2014, nach ESfEQA
Vergleichswerte	Benchmark mit anderen Laboratorien
Quellenangabe	DIN EN ISO 15189:2014, www.Esfqa.eu

Externe Qualitätssicherung bei der ECAT-Foundation in der Gerinnung und Immunologie	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich
Vergleichswerte	internationaler Benchmark mit Laboratorien
Quellenangabe	ECAT-Foundation (www.ecat.nl)

Teilnahme am HAND-KISS, ITS-KISS, OP-KISS	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	KISS-Zertifikat

Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Module unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Rechenregeln	Module unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Referenzbereiche	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Vergleichswerte	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Quellenangabe	https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/

Regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen: Immunhistochemie (HER-2/neu), Proliferation (Ki-67), Progesteronrezeptor, Östrogenrezeptor und weitere.	
Leistungsbereich	Institut für Pathologie
Ergebnis	Erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen laut Vorgaben der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie
Messzeitraum	kontinuierlich
Quellenangabe	Ringversuche der Qualitätssicherungs-Initiative "QuIP" der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen zur diagnostischen Immunhistochemie und Molekularpathologie (http://www.quip-ringversuche.de/cgi/surveys)

Qualitätsindikatoren der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie und NordiQC	
Leistungsbereich	Institut für Pathologie
Ergebnis	Ergebnis der Ringversuche
Messzeitraum	3x bis 4x im Jahr
Quellenangabe	http://www.quip-ringversuche.de/https://www.nordiqc.org

Abklärungswürdiger Befund	
Leistungsbereich	Institut für Pathologie / Wöchentliche Sitzungen des Senologischen Arbeitskreises
Ergebnis	Kategorisierung nach B-Klassifikation (B1-B5)
Quellenangabe	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/032-045OL.html) AWMF-Register-Nummer: 032-0450L

Deutsches Reanimationsregister	
Leistungsbereich	Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin
Ergebnis	Erfassung außerklinisch u. innerklinisch reanimierter Patienten u. Notfallversorgungen in d. Klinik
Messzeitraum	k.A.
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register
Quellenangabe	https://www.reanimationsregister.de/

GeVas Register	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik A
Ergebnis	Dokumentation Langzeitverlauf v.Vaskulitiden v. Patienten mit neu diagnostizierte Vaskulitis

Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	www.vaskulitis-zentrum.uni-luebeck.de

JuMBO-Register	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik A (Rheumatologie)
Ergebnis	Folgeregister
Messzeitraum	halbjährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	https://www.drfz.de/ueber-uns/patienteninformationen/studien-in-kinder-und-jugendrheumatologie/das-jumbo-register/

Rhekiss - Schwangerschaftsregister	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik A (Rheumatologie)
Ergebnis	Erfassung Krankheitsverlauf Kinderwunsch und Schwangerschaften bei Patientinnen mit entzün
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	https://rhekiss.de

ALKK-Koronarangiographie und PCI-Register (verschiedene Indikatoren)	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	k. A.
Messzeitraum	offen
Datenerhebung	gem. Protokoll
Rechenregeln	multivariate Analyse
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register
Quellenangabe	k. A.

GREAT- Deutsches Register zur renalen Denervation (Komplikationen und Blutdrucksenkung im Langzeitverlauf)	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	k. A.
Messzeitraum	offen
Datenerhebung	gem. Protokoll
Rechenregeln	multivariate Analyse
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register

Quellenangabe	k. A.

Cardiac Arrest Center (CAC)	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik B, Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Neurologie, Medizinische Klinik A, ZIR, Medizinische Klinik C, Klinik für Herzchirurgie, Chirurgische Klinik A, Chirurgische Klinik B
Ergebnis	Zertifizierung am 10.12.2021
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog

Komplikationen, Technik (Papillotomieregister Arbeitsgemeinschaft ltd. gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK) und Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS))	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik C
Ergebnis	Anonymer Benchmark
Quellenangabe	Bachor Medical Information (BMI) bzw. Homepage der ALGK

Bundesweites Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)	
Leistungsbereich	Zentralinstitut für Interventionelle Radiologie
Ergebnis	Zertifizierung nach den Kriterien der DeGIR
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Rechenregeln	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Referenzbereiche	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Vergleichswerte	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Quellenangabe	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/

Fachliche Anforderungen an das Brustzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Brustzentrum Ludwigshafen (Frauenklinik)
Ergebnis	Re-Zertifizierung am 20.03.2018
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Vergleichswerte	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm

Fachliche Anforderungen an die Chest Pain Unit nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

(DGK) für Chest Pain Units	
Leistungsbereich	Chest Pain Unit (CPU, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Re-Zertifizierung 03.04.2018
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://dgk.org/
Quellenangabe	https://dgk.org/

Fachliche Anforderungen an das Darmzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Darmzentrum Rheinpfalz (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Ergebnis	Re-Zertifizierung am 29.03.2022
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Vergleichswerte	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/darmzentren.htm

Stationäre Behandlungseinrichtung für Pat. mit Typ 1 u.Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG. Erfüllung der fachlichen Anforderungen gem. den Kriterien d. Deutschen Diabetesgesellschaft.	
Leistungsbereich	Diabeteszentrum
Ergebnis	Zertifizierung 09.12.2021
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html
Quellenangabe	https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html

Fachliche Anforderungen an das Gefäßzentrum nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)	
Leistungsbereich	Gefäßzentrum (Chirurgische Klinik B)
Ergebnis	Re-Zertifizierung 16.11.2020
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog

Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	http://www.gefaesschirurgie.de/
Quellenangabe	http://www.gefaesschirurgie.de/

Fachliche Anforderungen an das Hauttumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Hauttumorzentrum Rheinpfalz (Hautklinik)
Ergebnis	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm
Vergleichswerte	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm

Fachliche Anforderungen an das Heart Failure Unit Zentrum nach den Kriterien der Dt. Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Dt. Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)	
Leistungsbereich	Heart Failure Unit Zentrum (HFU, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Zertifizierung 10.02.2020
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://dgk.org/, https://www.dgthg.de/
Quellenangabe	https://dgk.org/, https://www.dgthg.de/

Fachliche Anforderungen an das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. (gültig bis Juni 2021)	
Leistungsbereich	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum (Urologische Klinik, Frauenklinik, Chirurgische Klinik A, Medizinische Klinik C, Physiotherapie (IPRM), Neurologie, Radiologie)
Ergebnis	Re-Zertifizierung 29.06.2018
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html
Quellenangabe	http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html

Fachliche Anforderungen an das Kopf-Hals-Tumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen (HNO-Klinik und Klinik für MKPG)
Ergebnis	Re-Zertifizierung am 29.03.2022
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm
Vergleichswerte	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm

Fachliche Anforderungen an das Magenzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Magenzentrum (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Ergebnis	Re-Zertifizierung 29.03.2022
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Vergleichswerte	http://www.onkozert.de
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de

Fachliche Anforderungen an ein Neuromuskuläres Zentrum nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM)	
Leistungsbereich	Neuromuskuläres Zentrum (Klinik für Neurologie)
Ergebnis	Zertifizierung im Dezember 2020
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren
Quellenangabe	https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren

Fachliche Anforderungen an das Onkologische Zentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Onkologisches Zentrum Ludwigshafen (Medizinische Klinik A)
Ergebnis	Re-Zertifizierung am 30/31.03.2020
Messzeitraum	kontinuierlich

Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm
Vergleichswerte	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm

Fachliche Anforderungen an das Pankreaskarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz (Medizinische Klinik C und Chirurgische Klinik A)
Ergebnis	Re-Zertifizierung am 29.03.200
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Vergleichswerte	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/

Fachliche Anforderungen an das Prostatakarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz (Urologische Klinik)
Ergebnis	Re-Zertifizierung 19.06.2020
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Vergleichswerte	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm

Fachliche Anforderungen an das Regionale Shunt-Zentrum nach den Kriterien verschiedener Fachgesellschaften: DGA, DGfN, DeGIR, DRG u. DGG	
Leistungsbereich	Regionales Shunt-Zentrum (Medizinische Klinik A, Chirurgische Klinik B, Radiologie)
Ergebnis	Re-Zertifizierung am 09.06.2021
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

Zertifizierung der Thoraxchirurgie nach den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)	
Leistungsbereich	Thoraxzentrum
Ergebnis	Zertifizierung 28.11.2019
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://dgt-online.de/
Quellenangabe	https://dgt-online.de/

Zertifizierung eines QM-Systems für eine überregionale Stroke Unit mit 14 Betten nach den Anforderungen der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.	
Leistungsbereich	Überregionale Stroke Unit (Klinik für Neurologie)
Ergebnis	Re-Zertifizierung Juli 2019
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

Nach den Anforderungskriterien der DIN EN ISO 13485:2016	
Leistungsbereich	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung
Ergebnis	Re-Zertifizierung 01.07.2022
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Rechenregeln	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Referenzbereiche	gem. DIN EN ISO 13485:2016

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

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

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Erbrachte Menge	19

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Erbrachte Menge	42

Stammzelltransplantation	
Erbrachte Menge	15
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	19
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	17
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	42
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	42
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

Stammzelltransplantation	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja

Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	15
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	20
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
2	CQ18: Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie
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-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 "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	202
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	28
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	28

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - AU01 - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - AU01 - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Nachtschicht	100 %
5	Neurologie - CH02 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
6	Neurologie - CH02 - Nachtschicht	100 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH03/MB04 - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie - CH03/MB04 - Nachtschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Tagschicht	100 %
11	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Nachtschicht	100 %
12	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05 - Tagschicht	100 %
13	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05/HT02 - Tagschicht	100 %
14	Allgemeine Chirurgie - CH05/HT02 - Nachtschicht	100 %
15	Innere Medizin - Dialyse - Tagschicht	100 % *teilstationäre Dialyse*
16	Intensivmedizin - HZ01 - Tagschicht	100 %
17	Intensivmedizin - HZ01 - Nachtschicht	100 %
18	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Tagschicht	100 %
19	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Nachtschicht	100 %
20	Herzchirurgie - HZ03 - Tagschicht	100 %
21	Herzchirurgie - HZ03 - Nachtschicht	100 %
22	Innere Medizin - MA01/ST01 - Tagschicht	100 %
23	Innere Medizin - MA01/ST01 - Nachtschicht	100 %
24	Innere Medizin - MA02 - Tagschicht	100 %
25	Innere Medizin - MA02 - Nachtschicht	100 %
26	Innere Medizin - MA03 - Tagschicht	100 %
27	Innere Medizin - MA03 - Nachtschicht	100 %
28	Neurologie - MA03 - Tagschicht	100 %
29	Neurologie - MA03 - Nachtschicht	100 %
30	Innere Medizin - MA04 - Tagschicht	100 %
31	Innere Medizin - MA04 - Nachtschicht	100 %
32	Innere Medizin - MA04/MC04 - Tagschicht	100 %
33	Innere Medizin - MA04/MC04 - Nachtschicht	100 %
34	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Tagschicht	100 %
35	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Nachtschicht	100 %
36	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Tagschicht	100 % *Station vorübergehend geschlossen; Station vorübergehend geschlossen*

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
37	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Nachtschicht	100 % *Station vorübergehend geschlossen; Station vorübergehend geschlossen*
38	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Tagschicht	100 %
39	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Nachtschicht	100 %
40	Innere Medizin - MB09 - Tagschicht	100 %
41	Innere Medizin - MB09 - Nachtschicht	100 %
42	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Tagschicht	100 %
43	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Nachtschicht	100 %
44	Innere Medizin - MB13 - Tagschicht	100 %
45	Innere Medizin - MB13 - Nachtschicht	100 %
46	Innere Medizin - MC01 - Tagschicht	100 %
47	Innere Medizin - MC01 - Nachtschicht	100 %
48	Innere Medizin - MC04 - Tagschicht	100 %
49	Innere Medizin - MC04 - Nachtschicht	100 %
50	Innere Medizin - MC05 - Tagschicht	100 %
51	Innere Medizin - MC05 - Nachtschicht	100 %
52	Innere Medizin - MC06 - Tagschicht	100 %
53	Innere Medizin - MC06 - Nachtschicht	100 %
54	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Tagschicht	100 %
55	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Nachtschicht	100 %
56	Neurologie - NE01 - Tagschicht	100 %
57	Neurologie - NE01 - Nachtschicht	100 %
58	Neurologie - NE02 - Tagschicht	100 %
59	Neurologie - NE02 - Nachtschicht	100 %
60	Neurologische Schlaganfalleinheit - NE04 - Tagschicht	100 %
61	Neurologische Schlaganfalleinheit - NE04 - Nachtschicht	100 %
62	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Tagschicht	100 %
63	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Nachtschicht	100 %
64	Allgemeine Chirurgie - UR02 - Tagschicht	100 %
65	Allgemeine Chirurgie - UR02 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - AU01 - Tagschicht	78,72 %
2	Allgemeine Chirurgie - AU01 - Nachtschicht	36,96 %
3	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Tagschicht	98,5 %
4	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Nachtschicht	99,4 %
5	Neurologie - CH02 - Tagschicht	84,13 %
6	Neurologie - CH02 - Nachtschicht	61,68 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH03/MB04 - Tagschicht	64,61 %
8	Allgemeine Chirurgie - CH03/MB04 - Nachtschicht	56,68 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	64,61 %
10	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Tagschicht	81,38 %
11	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Nachtschicht	76,22 %
12	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05 - Tagschicht	81,38 %
13	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05/HT02 - Tagschicht	61,99 %
14	Allgemeine Chirurgie - CH05/HT02 - Nachtschicht	69,41 %
15	Innere Medizin - Dialyse - Tagschicht	100 % *teilstationäre Dialyse*
16	Intensivmedizin - HZ01 - Tagschicht	88,77 %
17	Intensivmedizin - HZ01 - Nachtschicht	52,33 %
18	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Tagschicht	62,87 %
19	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Nachtschicht	71,86 %
20	Herzchirurgie - HZ03 - Tagschicht	68,26 %
21	Herzchirurgie - HZ03 - Nachtschicht	74,85 %
22	Innere Medizin - MA01/ST01 - Tagschicht	95,81 %
23	Innere Medizin - MA01/ST01 - Nachtschicht	97,01 %
24	Innere Medizin - MA02 - Tagschicht	98,52 %
25	Innere Medizin - MA02 - Nachtschicht	97,76 %
26	Innere Medizin - MA03 - Tagschicht	94,31 %
27	Innere Medizin - MA03 - Nachtschicht	100 %
28	Neurologie - MA03 - Tagschicht	94,31 %
29	Neurologie - MA03 - Nachtschicht	100 %
30	Innere Medizin - MA04 - Tagschicht	94,59 %
31	Innere Medizin - MA04 - Nachtschicht	100 %
32	Innere Medizin - MA04/MC04 - Tagschicht	78,14 %
33	Innere Medizin - MA04/MC04 - Nachtschicht	85,51 %
34	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Tagschicht	96,1 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
35	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Nachtschicht	99,68 %
36	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Tagschicht	64,42 % *Station vorübergehend geschlossen; Station vorübergehend geschlossen*
37	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Nachtschicht	100 % *Station vorübergehend geschlossen; Station vorübergehend geschlossen*
38	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Tagschicht	54,52 %
39	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Nachtschicht	50,41 %
40	Innere Medizin - MB09 - Tagschicht	82,4 %
41	Innere Medizin - MB09 - Nachtschicht	62,41 %
42	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Tagschicht	64,67 %
43	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Nachtschicht	64,67 %
44	Innere Medizin - MB13 - Tagschicht	100 %
45	Innere Medizin - MB13 - Nachtschicht	100 %
46	Innere Medizin - MC01 - Tagschicht	99,1 %
47	Innere Medizin - MC01 - Nachtschicht	100 %
48	Innere Medizin - MC04 - Tagschicht	78,15 %
49	Innere Medizin - MC04 - Nachtschicht	88,24 %
50	Innere Medizin - MC05 - Tagschicht	75,75 %
51	Innere Medizin - MC05 - Nachtschicht	73,95 %
52	Innere Medizin - MC06 - Tagschicht	85,98 %
53	Innere Medizin - MC06 - Nachtschicht	68,81 %
54	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Tagschicht	95,89 %
55	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Nachtschicht	94,79 %
56	Neurologie - NE01 - Tagschicht	90,06 %
57	Neurologie - NE01 - Nachtschicht	61,33 %
58	Neurologie - NE02 - Tagschicht	91,62 %
59	Neurologie - NE02 - Nachtschicht	73,95 %
60	Neurologische Schlaganfalleinheit - NE04 - Tagschicht	63,47 %
61	Neurologische Schlaganfalleinheit - NE04 - Nachtschicht	56,89 %
62	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Tagschicht	96,71 %
63	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Nachtschicht	93,15 %
64	Allgemeine Chirurgie - UR02 - Tagschicht	73,68 %
65	Allgemeine Chirurgie - UR02 - Nachtschicht	45,95 %

