

Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2016

gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein
gemeinnützige GmbH

Kompetent
leistungsstark
innovativ
partnerschaftlich
umsorgend



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	1
A-0 Fachabteilungen	1
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	2
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	3
A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	3
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	3
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	12
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	13
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	14
A-10 Gesamtfallzahlen	14
A-11 Personal des Krankenhauses	14
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	14
A-11.2 Pflegepersonal	14
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	15
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	15
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16

A-12.1	Qualitätsmanagement	16
A-12.1.1	Verantwortliche Person	17
A-12.1.2	Lenkungsgremium	17
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	17
A-12.2.1	Verantwortliche Person	17
A-12.2.2	Lenkungsgremium	17
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	17
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems	19
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	20
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	21
A-12.3.1	Hygienepersonal	21
A-12.3.1.1	Hygienekommission	21
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	21
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	22
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	23
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	23
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	24
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	24
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	25
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	26
A-13	Besondere apparative Ausstattung	28
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	29
B-[1]	Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin inkl. Endokrinologie)	29
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	29
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	30
B-[1].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	30
B-[1].1.3	Weitere Zugänge	30

B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	30
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	30
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	31
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	32
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	32
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	33
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	34
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	35
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	40
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	40
B-[1].11	Personelle Ausstattung	40
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	40
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	40
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	41
B-[1].11.2	Pflegepersonal	41
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	41
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	42
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	42
B-[2]	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)	42
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	42
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	43
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	43
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	43
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	43

B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	44
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	45
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	46
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	46
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	47
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	48
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	49
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	51
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	54
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[2].11	Personelle Ausstattung	55
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	55
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	55
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	55
B-[2].11.2	Pflegepersonal	55
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	56
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	56
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	57
B-[3]	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Gallenwege und Leber, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)	57
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	57
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	57
B-[3].1.3	Weitere Zugänge	58
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	58

B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	60
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	60
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	61
B-[3].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	62
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	63
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	65
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	66
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	68
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	68
B-[3].11	Personelle Ausstattung	68
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	68
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	68
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	68
B-[3].11.2	Pflegepersonal	69
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	69
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	70
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	70
B-[4]	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie)	70
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	70
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	71
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	71
B-[4].1.3	Weitere Zugänge	71
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	71
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	71

B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	74
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	74
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	75
B-[4].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	77
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	78
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	80
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	81
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	82
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	83
B-[4].11	Personelle Ausstattung	83
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	83
B-[4].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	83
B-[4].11.1	Zusatzweiterbildung	84
B-[4].11.2	Pflegepersonal	84
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	84
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	85
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	85
B-[5]	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)	85
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	86
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	86
B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	86
B-[5].1.3	Weitere Zugänge	86
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	86
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	86
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	87

B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	87
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	87
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	89
B-[5].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	90
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	92
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	93
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	95
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	95
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-[5].11	Personelle Ausstattung	95
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	96
B-[5].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	96
B-[5].11.1	Zusatzweiterbildung	96
B-[5].11.2	Pflegepersonal	96
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	97
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	97
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	97
B-[6]	Klinik für Herzchirurgie	97
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	98
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	98
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	98
B-[6].1.3	Weitere Zugänge	98
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	98
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	98
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	100
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	100

B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	100
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	101
B-[6].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	103
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	104
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	105
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	107
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	107
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	107
B-[6].11	Personelle Ausstattung	107
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	108
B-[6].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	108
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung	108
B-[6].11.2	Pflegepersonal	108
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	109
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	109
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	109
B-[7]	Urologische Klinik	109
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	110
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	110
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	110
B-[7].1.3	Weitere Zugänge	110
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	110
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	110
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	111
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	111
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	112

B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	113
B-[7].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	114
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	115
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	117
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	118
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	120
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	121
B-[7].11	Personelle Ausstattung	121
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	121
B-[7].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	121
B-[7].11.1	Zusatzweiterbildung	122
B-[7].11.2	Pflegepersonal	122
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	122
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	123
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	123
B-[8]	Frauenklinik / Geburtshilfe	123
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	123
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	124
B-[8].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	124
B-[8].1.3	Weitere Zugänge	124
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	124
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	124
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	126
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	126
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	126
B-[8].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	127

B-[8].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	128
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	130
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	132
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	133
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	135
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	136
B-[8].11	Personelle Ausstattung	136
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	136
B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	136
B-[8].11.1	Zusatzweiterbildung	137
B-[8].11.2	Pflegepersonal	137
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	138
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	138
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	138
B-[9]	Hals-Nasen-Ohren-Klinik	138
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	139
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel	139
B-[9].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	139
B-[9].1.3	Weitere Zugänge	139
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	139
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	139
B-[9].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	141
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	141
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD	141
B-[9].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	142
B-[9].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	143

B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	144
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	146
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	147
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	149
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	150
B-[9].11	Personelle Ausstattung	150
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen	150
B-[9].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	150
B-[9].11.1	Zusatzweiterbildung	150
B-[9].11.2	Pflegepersonal	151
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	151
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	152
B-[9].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	152
B-[10]	Augenklinik	152
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	152
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel	152
B-[10].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	153
B-[10].1.3	Weitere Zugänge	153
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	153
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	153
B-[10].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	154
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	154
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD	154
B-[10].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	155
B-[10].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	156
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	157

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	159
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	160
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	162
B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	162
B-[10].11 Personelle Ausstattung	163
B-[10].11.Ärzte und Ärztinnen	163
B-[10].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	163
B-[10].11.Zusatzweiterbildung	163
B-[10].11.Pflegepersonal	163
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	164
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	164
B-[10].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	164
B-[11] Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit	164
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	164
B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel	165
B-[11].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	165
B-[11].1.3 Weitere Zugänge	165
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	165
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	165
B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	166
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	167
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD	167
B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	168
B-[11].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	169
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	171
B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	172

B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	174
B-[11].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	175
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	176
B-[11].11	Personelle Ausstattung	176
B-[11].11.1	Ärzte und Ärztinnen	176
B-[11].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	176
B-[11].11.3	Zusatzweiterbildung	176
B-[11].11.4	Pflegepersonal	176
B-[11].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	177
B-[11].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	177
B-[11].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	177
B-[12]	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie	178
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	178
B-[12].1.1	Fachabteilungsschlüssel	178
B-[12].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	178
B-[12].1.3	Weitere Zugänge	178
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	178
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	179
B-[12].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	179
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	179
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD	180
B-[12].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	181
B-[12].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	182
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	183
B-[12].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	185
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	187

B-[12].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	187
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	188
B-[12].11	Personelle Ausstattung	188
B-[12].11	Ärzte und Ärztinnen	188
B-[12].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	188
B-[12].11	Zusatzweiterbildung	188
B-[12].11	Pflegepersonal	188
B-[12].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	189
B-[12].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	189
B-[12].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	189
B-[13]	Hautklinik	189
B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	190
B-[13].1.1	Fachabteilungsschlüssel	190
B-[13].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	190
B-[13].1.3	Weitere Zugänge	190
B-[13].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	190
B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	190
B-[13].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	191
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	192
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD	192
B-[13].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	193
B-[13].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	194
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	196
B-[13].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	197
B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	199
B-[13].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	200

B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	200
B-[13].11 Personelle Ausstattung	200
B-[13].11.Ärzte und Ärztinnen	200
B-[13].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	201
B-[13].11.Zusatzweiterbildung	201
B-[13].11.Pflegepersonal	201
B-[13].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	202
B-[13].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	202
B-[13].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	202
B-[14] Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie	202
B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	202
B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel	203
B-[14].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	203
B-[14].1.3 Weitere Zugänge	203
B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	203
B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	203
B-[14].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	204
B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	204
B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD	204
B-[14].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	206
B-[14].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	207
B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	208
B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	210
B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	211
B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	212
B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	213

B-[14].11 Personelle Ausstattung	213
B-[14].11.Ärzte und Ärztinnen	213
B-[14].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	214
B-[14].11.Zusatzweiterbildung	214
B-[14].11..Pflegepersonal	214
B-[14].11..Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	214
B-[14].11..Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	215
B-[14].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	215
B-[15] Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin	215
B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	215
B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel	216
B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	216
B-[15].1.3 Weitere Zugänge	216
B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	216
B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	216
B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	217
B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	217
B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD	217
B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	217
B-[15].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	217
B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	217
B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	219
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	220
B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	221
B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	221
B-[15].11 Personelle Ausstattung	221

B-[15].11.Ärzte und Ärztinnen	221
B-[15].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	221
B-[15].11.Zusatzweiterbildung	221
B-[15].11.Pflegepersonal	222
B-[15].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	222
B-[15].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	222
B-[15].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	223
B-[16] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin	223
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	223
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel	223
B-[16].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	223
B-[16].1.3 Weitere Zugänge	224
B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	224
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	224
B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	224
B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	225
B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD	225
B-[16].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	225
B-[16].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	225
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	225
B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	225
B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	225
B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	226
B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	226
B-[16].11 Personelle Ausstattung	226
B-[16].11.Ärzte und Ärztinnen	226

B-[16].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	226
B-[16].11.Zusatzweiterbildung	226
B-[16].11.Pflegepersonal	227
B-[16].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	227
B-[16].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	227
B-[16].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	227
B-[17] Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	227
B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	227
B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel	228
B-[17].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	228
B-[17].1.3 Weitere Zugänge	228
B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	228
B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	228
B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	229
B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	230
B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD	230
B-[17].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	230
B-[17].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	230
B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	230
B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	231
B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	233
B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	234
B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	234
B-[17].11 Personelle Ausstattung	234
B-[17].11.11.Ärzte und Ärztinnen	234
B-[17].11.11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	235

B-[17].11.Zusatzweiterbildung	235
B-[17].11.Pflegepersonal	235
B-[17].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	235
B-[17].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	235
B-[17].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	236
B-[18] Institut für Pathologie	236
B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	236
B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel	236
B-[18].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	236
B-[18].1.3 Weitere Zugänge	237
B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	237
B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	237
B-[18].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	237
B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	238
B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD	238
B-[18].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	238
B-[18].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	238
B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	238
B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	238
B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	238
B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	238
B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	239
B-[18].11 Personelle Ausstattung	239
B-[18].11.11.Ärzte und Ärztinnen	239
B-[18].11.11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	239
B-[18].11.11.Zusatzweiterbildung	239

B-[18].11.Pflegepersonal	239
B-[18].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	240
B-[18].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	240
B-[18].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	240
B-[19] Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin	240
B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	240
B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel	240
B-[19].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	240
B-[19].1.3 Weitere Zugänge	241
B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	241
B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	241
B-[19].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	242
B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	242
B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD	242
B-[19].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	242
B-[19].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	243
B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	243
B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	245
B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	245
B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	246
B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	246
B-[19].11 Personelle Ausstattung	246
B-[19].11.Ärzte und Ärztinnen	246
B-[19].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	246
B-[19].11.Zusatzweiterbildung	247
B-[19].11.Pflegepersonal	247

B-[19].11..Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	247
B-[19].11..Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	247
B-[19].11..Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	247
B-[20] Apotheke	247
B-[20].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	247
B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel	248
B-[20].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	248
B-[20].1.3 Weitere Zugänge	248
B-[20].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	248
B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	248
B-[20].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	249
B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	249
B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD	250
B-[20].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	250
B-[20].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	250
B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	250
B-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	250
B-[20].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	250
B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	250
B-[20].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	250
B-[20].11 Personelle Ausstattung	250
B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen	251
B-[20].11.2 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	251
B-[20].11.3 Zusatzweiterbildung	251
B-[20].11.4 Pflegepersonal	251
B-[20].11..Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	251

B-[20].11.	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	251
B-[20].11.	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	251
C	Qualitätssicherung	251
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	252
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	252
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL	253
C-1.2.A	Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden	253
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	357
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	357
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	358
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	368
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	369
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	369

Vorwort

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Antonie Ege, Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement
Telefon:	0621 / 503 2021
Fax:	0621 / 503 2139
E-Mail:	egea@klilu.de
Verantwortlicher:	
Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Hans-Friedrich Günther, Geschäftsführer
Telefon:	0621 / 503 2089
Fax:	0621 / 503 2008
E-Mail:	hf.guenther@klilu.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.klilu.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.klilu.de/content/veranstaltungen_presse/pressematerial/index_ger.html

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSS	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin inkl. Endokrinologie)

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSS	FACHABTEILUNG
2	Hauptabteilung	0300	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)
3	Hauptabteilung	0700	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Gallenwege und Leber, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)
4	Hauptabteilung	1500	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie)
5	Hauptabteilung	1800	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)
6	Hauptabteilung	2100	Klinik für Herzchirurgie
7	Hauptabteilung	2200	Urologische Klinik
8	Hauptabteilung	2400	Frauenklinik / Geburtshilfe
9	Hauptabteilung	2600	Hals-Nasen-Ohren-Klinik
10	Hauptabteilung	2700	Augenklinik
11	Hauptabteilung	2800	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit
12	Hauptabteilung	3300	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie
13	Hauptabteilung	3400	Hautklinik
14	Hauptabteilung	3500	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
15	Hauptabteilung	3618	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
16	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin
17	Nicht-Bettenführend	3751	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
18	Nicht-Bettenführend	3790	Institut für Pathologie
19	Nicht-Bettenführend	3792	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
20	Nicht-Bettenführend	3700	Apotheke

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	[2017-07-13 14:21:21] Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen

Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
IK-Nummer:	260730116
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.klilu.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. Matthias F. Bauer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt des Instituts für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Telefon:	0621 / 503 3550
Fax:	0621 / 503 3555
E-Mail:	bauermat@klilu.de

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

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

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:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

- | | |
|---|---|
| 1 | Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz |
| 2 | Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg |

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	<p>Akupunktur</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin (IPRM) bietet Akupunktursitzungen zur Schmerzbehandlung an.</i></p>
2	<p>Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Besuchszeiten wurden auf Intensivstationen ausgeweitet. Gespräche mit Ärzten finden in definierten Zeiten statt. Es wurden Infobroschüren gestaltet. Zudem bieten wir ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten. Zertifizierung als angehörigengerechte Intensivstation durch die Stiftung Pflege.</i></p>
3	<p>Atemgymnastik/-therapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit der Atem- und Entspannungstherapie an.</i></p>
4	<p>Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet die Möglichkeit des Wochenbetts/Rooming-in an. Das Kind bleibt Tag und Nacht so lange wie gewünscht bei der Mutter im Zimmer. Zudem können werdende Mütter an Yoga in der Schwangerschaft teilnehmen. Die Physikalische Therapie bietet weiterhin u.a. Babymassagekurse an.</i></p>
5	<p>Basale Stimulation</p> <p><i>Das Einhalten nationaler Expertenstandards u. das Einbeziehen verschiedener Pflegekonzepte (z. B. Basale Stimulation®) wird für Pflegekräfte im Alltag spürbar. Beratend u. begleitend stehen Pflegeexperten, Praxisbegleiter für Basale Stimulation® in der Pflege sowie Kinästhetik-Trainer zur Verfügung.</i></p>
6	<p>Berufsberatung/Rehabilitationsberatung</p> <p><i>siehe Sozialdienst</i></p>
7	<p>Bewegungsbad/Wassergymnastik</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Gruppentherapie im Bewegungsbad an, auch für Schwangere als Entspannungstherapie.</i></p>
8	<p>Sporttherapie/Bewegungstherapie</p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

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 an (z.B. Fitter Rücken - starker Beckenboden für Pat. mit Rückenbeschwerden)

9	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet unter ärztlicher Leitung allen Fachabteilungen die Bobath-Therapie an. Pflegerische Mitarbeiter in der Neurologie verfügen über eine Fortbildung im Bobath-Konzept.</i>
10	Diät- und Ernährungsberatung
	<i>Die Diätassistenten der Küche führen regelmäßig Diät- und Ernährungsberatungen bei Patienten durch.</i>
11	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
	<i>Die Entlassungsplanung beginnt bei Aufnahme mit einer systemat. Beurteilung d. Pflegebedarfs nach Entlassung. Die Versorgung wird durch Pflegefachkräfte, Ärzte u. Sozialdienst koordiniert. Weiter betreuende Einrichtungen erhalten einen Überleitungsbogen sowie b.B. zusätzlich eine mündliche Übergabe.</i>
12	Ergotherapie/Arbeitstherapie
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Ergotherapie an: Funktionstraining, Selbsthilfetaining, Versorgung mit Hilfsmitteln, Gelenkschutz, Hirnleistungstraining, Anpassung an häusliche und berufliche Umgebung.</i>
13	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
	<i>Für alle Fragen rund um die Organisation der Patientenprozesse ist das Prozessmanagement (PM) der erste Ansprechpartner für Patienten und Angehörige sowie Einweiser und Mitarbeiter des Klinikums Ludwigshafen.</i>
14	Fußreflexzonenmassage
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Fußreflexzonenmassage an.</i>
15	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
	<i>Die Geburtshilfe bietet Geburtsvorbereitungskurse in verschiedenen Sprachen an (deutsch, türkisch, englisch, griechisch, bulgarisch, persisch, russisch und französisch). Weiterhin werden Kurse zur Schwangerschaftsgymnastik sowie Schwangerenschwimmen angeboten.</i>
16	Kinästhetik
	<i>Jeder Bereich verfügt im Pflege- und Funktionsdienst über einen Ansprechpartner für Kinästhetik, der mindestens über einen anerkannten Grundkurs "Kinästhetik in der Pflege" verfügt.</i>
17	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
	<i>Spezielle Methoden von der funktionellen Krankengymnastik, Biofeedback- und Elektrotherapie bis zur medikamentösen Behandlung werden angeboten. Sollte eine Operation notwendig sein, steht im Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum Ludwigshafen ein spezialisiertes interdisziplinäres OP-Team zur Verfügung.</i>
18	Manuelle Lymphdrainage
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit der Manuellen Lymphdrainage an.</i>
19	Massage
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen verschiedene Massagen an (Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Segmentmassage).</i>
20	Medizinische Fußpflege
	<i>Für Patienten besteht die Möglichkeit bei Bedarf über das Pflegepersonal ihrer Station eine medizinische Fußpflege zu bestellen.</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
21	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie <i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Möglichkeit der klassischen Naturheilverfahren an.</i>
22	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Chirodiagnostik, Chirotherapie und manuelle Therapie an.</i>
23	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Physikalische Therapie einschließlich klassischer Naturheilverfahren an.</i>
24	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Das Institut für Physikalische u. Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen diverse Behandlungsmöglichkeiten an (Krankengymnast. Einzel- u. Gruppenbehandlungen, gerätegestützte Krankengymnastik, KG auf neurophysiologischer Basis, Therapeutisches Klettern, Behandlung im Schlingenkäfig).</i>
25	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Um Pflegekomplikationen (z.B. Dekubitus, Sturz, Pneumonie, Thrombose) gezielt vorbeugen zu können, werden im Aufnahmegespräch spezielle Risikoassessments erhoben und erforderliche Maßnahmen geplant, die den Patienten wirksam vor vermeidbaren Komplikationen schützen.</i>
26	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Den Patienten der onkologischen Zentren/Abteilungen sowie Palliativpatienten bietet das KliLu Beratung u. Unterstützung durch Psychoonkologen an. Die Versorgung umfasst Patientengespräche, das Einbeziehen Angehöriger, Öffentlichkeitsarbeit u. Schulungsangebote für Mitarbeiter.</i>
27	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet im Rahmen der ambulanten Gruppentherapie die Kurse Wirbelsäulengymnastik im Bewegungsbad, sowie Fitter Rücken und starker Beckenboden an.</i>
28	Säuglingspflegekurse <i>Die Geburtshilfe bietet jeden 2. und 4. Dienstag im Monat Säuglingspflegekurse an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i>
29	Schmerztherapie/-management <i>Allen Fachabteilungen steht konsiliarisch der Schmerzdienst der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin zur Verfügung. Ein entsprechender Expertenstandard wird zurzeit im Klinikum Ludwigshafen ausgerollt.</i>
30	Sehschule/Orthoptik <i>Die Augenklinik bietet in ihrer integrierten Sehschule die Untersuchung von Augenbewegungsstörungen (z.B. Schielen und Augenzittern), Sehschwächen und aller damit zusammenhängenden Krankheitsbilder an.</i>
31	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Die Neurologie bietet Angehörigenseminare zum Umgang mit Demenzkranken an. Die Häufigkeiten verschiedener Formen und ihre Symptomatik, das diagnostische Vorgehen sowie Möglichkeiten der Behandlung und Versorgung werden vorgestellt. Weiterhin werden Kosmetikseminare für Krebspatientinnen angeboten.</i>
32	Spezielle Entspannungstherapie <i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson an.</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
33	<p>Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet Hebammensprechstd., verschied. Geburtsmöglichk., Vorbereitungskurse für Frauen/Paare einschl. SA-Kurse, Rückbildungsgymnastik, Yoga in der Schwangerschaft an. Akupunktur zur Geburtsvorbereitung, Schmerzlinderung u. als therapeut. Intervention kann durchgeführt werden.</i></p>
34	<p>Spezielles pflegerisches Leistungsangebot</p> <p><i>In den stationären Bereichen erfolgt in der Regel die tägliche Pflegeübergabe vom Früh- zum Spätdienst im Patientenzimmer. Die Patienten werden im Rahmen des pflegerischen Informationsgespräches am Beginn ihres Krankenhausaufenthaltes darüber informiert.</i></p>
35	<p>Stillberatung</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet jeden 2. und 4. Dienstag im Monat eine Stillgruppe mit Laktationsberatung an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i></p>
36	<p>Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie</p> <p><i>Die Phoniatrie / Pädaudiologie bietet u.a. die Untersuchung und Behandlung von Störungen der Stimme, der Sprache, des Sprechens sowie des Schluckens bei Erwachsenen und Kindern an.</i></p>
37	<p>Stomatherapie/-beratung</p> <p><i>Für die Stomaberatung besteht ein Kooperationsvertrag mit der Firma PubliCare. Diese übernehmen die Erstversorgung und Beratung der Patienten. Für weitere Fragen stehen fortgebildete Pflegemitarbeiter zur Verfügung.</i></p>
38	<p>Wärme- und Kälteanwendungen</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet verschiedene Wärme-/ Kältetherapien an.</i></p>
39	<p>Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik</p> <p><i>Die Wochenbettgymnastik findet im Rahmen der physiotherapeutischen Versorgung nach der Entbindung statt. Die Geburtshilfe bietet mittwochs Kurse zur Rückbildungsgymnastik an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i></p>
40	<p>Wundmanagement</p> <p><i>Im Sinne einer optimierten Behandlung chronischer Wunden liegt eine schriftliche Empfehlung der multiprofessionell besetzten AG Wundheilung vor. In dieser ist geregelt, welche Reinigungsmaßnahmen und Wundaufgaben bei verschiedenen Indikationen zum Einsatz kommen sollen.</i></p>
41	<p>Biofeedback-Therapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Möglichkeiten der Biofeedback-Therapie an.</i></p>
42	<p>Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis nach PNF an.</i></p>
43	<p>Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen</p> <p><i>Die Zentren des Klinikums Ludwigshafen arbeiten eng mit diversen Selbsthilfegruppen (u. a. Frauenselbsthilfe nach Krebs, Deutsche ILCO e.V. etc.) zusammen.</i></p>
44	<p>Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden</p> <p><i>Die Ethikkommission hat zum Ziel den ethischen Diskurs zu fördern. Die vorliegenden ethischen Leitlinien im Umgang mit Sterbenden sollen den handelnden Personen eine Orientierung geben, um Alltagssituationen und soziale Umgangsformen abzugleichen und ggf. notwendige Optimierungsprozesse einzuleiten.</i></p>
45	<p>Audiometrie/Hördiagnostik</p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Die Hals-Nasen-Ohren-Klinik bietet sämtliche Verfahren der Hördiagnostik inklusive Hirnstammaudiometrie (BERA) und Nachweise otoakustischer Emissionen (OAE) an</i>
46	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining <i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit des Hirnleistungstrainings an.</i>
47	Snoezelen <i>Im angegliederten Pflegeheim des Klinikums wird eine spezielle gerontopsychiatrische Betreuung für Demenzerkrankte ergänzt durch Snoezelen angeboten.</i>
48	Sozialdienst <i>Das Aufgabengebiet des Sozialdienstes im Klinikum beinhaltet die Beratung und Organisation der poststationären Versorgung, insbesondere der medizinischen Rehabilitation.</i>
49	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Verschiedene Fachabteilungen bieten Info- oder Patiententage für die breite Öffentlichkeit an, z.B. in den verschiedenen Tumorzentren, Kontinenzentrum, des Gefäßzentrums sowie Info-Tage zum Thema Schlaganfall. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Veranstaltungen/Presse.</i>
50	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>Die Geburtshilfe bietet u.a. ein Neugeborenencreening, ein Hörscreening an. Es erfolgen Kreißsaalführungen in 8 Sprachen, sowie 2x monatliche Führungen durch Hebamme und Sektionsleitung und individuelle Führungen nach vorheriger Vereinbarung.</i>
51	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Die NE bietet eine spez. Diagnostik für Pat. mit neuromuskulären Erkrank. an. Mit den Spezialsprechst. "Multiple Sklerose & andere entzündl. Erkrank.", Botox-Therapie, elektromyografische, elektroneurografische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien bestehen Angebote.</i>
52	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Zum Konzern des Klinikums gehört ein Alten- und Pflegeheim mit mehr als 300 Plätzen. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Pflegeeinrichtungen erfolgt strukturiert unter Einsatz von Pflegeüberleitungsbögen. Treffen (inkl. Fortbildung) mit den amb. Diensten und Pflegeheimen finden statt.</i>
53	Eigenblutspende <i>Das Institut für Hämostaseologie und Transfusionsmedizin bietet die Möglichkeit zur Eigenblutspende an.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Ein-Bett-Zimmer <i>Bei Verfügbarkeit besteht auf Wunsch für Patienten gegen zusätzliches Entgelt die Möglichkeit in einem Ein-Bett-Zimmer untergebracht zu werden.</i>
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>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.</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
3	Zwei-Bett-Zimmer <i>Bei Verfügbarkeit ist auf Wunsch eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer möglich.</i>
4	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Bei Verfügbarkeit ist eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer mit separater Nasszelle und Dusche möglich.</i>
5	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Alle Zimmer sind mit einem gebührenfrei zu nutzenden Fernseher mit rund 30 Programmen ausgestattet. Auf Programmplatz 6 läuft der Klinik-Info-Kanal (KiK). Dieser sendet täglich ein Programm, das Unterhaltung, Informatives zu Gesundheit und Bildung bietet.</i>
6	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,2 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>Alle Zimmer sind mit einer gebührenpflichtigen Telefonanlage ausgestattet. Die Grundgebühr beträgt 1 € pro Tag, die Einheit 0,20 €. Privatpatienten zahlen keine Grundgebühr. Im Verkehrsgelenk (Haus B) befinden sich weitere Telefonzellen zur gebührenpflichtigen Nutzung.</i>
7	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>Vereinzelte Zimmer verfügen über ein verschließbares Wertfach. Größere Geldbeträge können auch über die Finanzabteilung in einem nahe gelegenen Geldinstitut deponiert werden.</i>
8	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 5 €</i> <i>Auf Wunsch besteht für alle Patienten die Möglichkeit einen UMTS-Stick gegen Gebühr zu leihen (Kautions 35 €, Mindestmietdauer 5 Tage). Wahlleistungspatienten steht dieser während des Aufenthaltes zur unentgeltlichen Nutzung zur Verfügung.</i>
9	Hotelleistungen <i>Wahlleistungspatienten erhalten eine kleine Auswahl an Körperpflegeartikeln (Seife, Körperlotion etc.), leihweise einen Bademantel, Hand- und Badetücher sowie einen Haartrockner.</i>
10	Rooming-in <i>Es wird ein fast ausnahmsloses Rooming-In in Anspruch genommen, d.h. Neugeborene können Tag und Nacht bei ihren Müttern im Zimmer bleiben. Ein Familienzimmer steht zur Verfügung. Es besteht die Möglichkeit Geschwisterkinder mit der Mutter aufzunehmen.</i>
11	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>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 zu unseren Cafeteria Preisen.</i>
12	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 1 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 10 €</i> <i>Im Parkhaus in der Anilinstraße haben Patienten und Besucher die Möglichkeit in unmittelbarer Klinikumsnähe zu parken (erste ½ Std. frei, die nächste Std. 2€, jede weitere Std. 1€, max. 10€ pro Tag). Für werdende Eltern bietet die Geburtshilfe einen Storchenparkplatz gegenüber dem Haupteingang an.</i>
13	Geldautomat

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Ein Geldautomat steht allen Patienten und Angehörigen im Erdgeschoss des Hauses A in der Nähe der Mitarbeitercafeteria zur Verfügung.</i>
14	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Der Lotsendienst der "Grünen Damen und Herren" im Eingangsbereich des Klinikums begleitet auf Wunsch neu einbestellte Patienten zu ihren Stationen bzw. Therapiezentren und bietet Orientierungshilfe.</i>
15	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>In den Fluren des Hauses laden unterschiedlich gestaltete Sitzcken zum Ausruhen ein. Zudem stehen auf einigen Stationen separate Besucherzimmer zur Verfügung.</i>
16	Schwimmbad/Bewegungsbad <i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin verfügt über ein Bewegungsbad. Dieses steht Patienten im Rahmen der Therapie und zum Babyschwimmen zur Verfügung.</i>
17	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Vollkost, Schonkost, Vegetarisch etc.</i> <i>Unter Berücksichtigung der medizinischen und pflegerischen Betreuung stehen dem Patienten verschiedene Menüs zur Auswahl. Extra dafür zuständige Menüerstellerinnen erfragen die individuellen Essenswünsche. Darüber hinaus steht eine Diätabteilung zur Beratung zur Verfügung.</i>
18	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Die Kliniken und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit unterschiedlichen Selbsthilfegruppen zusammen (z. B. Prostatakrebs Rhein-Neckar e. V., Adipositas Ludwigshafen etc.).</i>
19	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet häufig Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen für Patienten und Interessierte an (u.a. Onkologisches Forum durch die Onkofachkräfte). Diese Veranstaltungen werden über öffentliche Medien und Aushänge bekanntgegeben.</i>
20	Seelsorge <i>Die katholische u. evangelische Seelsorge bietet Patienten und Angehörigen Begleitung und Unterstützung bei schwierigen Fragen oder Sorgen an. Weiterhin gibt es die islamische Seelsorge sowie zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen und Männern. Diese befinden sich in der Bremserstraße 88.</i>
21	Abschiedsraum <i>Der Abschiedsraum im Herzzentrum soll Angehörigen ermöglichen, diese traurigen Aspekte in einem würdigen Rahmen zu erleben, in einer geschützten Atmosphäre von ihren Verstorbenen Abschied zu nehmen, der eigenen Trauer und dem Schmerz angemessen Raum und Zeit zu geben.</i>
22	Andachtsraum <i>Im Klinikum Ludwigshafen gibt es eine Klinikkapelle sowie in der Bremserstr. 88 zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen und Männern.</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
	<i>Für sehbehinderte Patienten stehen im Klinikum Ludwigshafen ein Aufzug im Haus B und einer in Haus H zur Verfügung. Dieser sagt an, auf welcher Etage sich der Aufzug gerade befindet.</i>
2	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung <i>Die Schilder des Wegeleitsystems sind in gut lesbaren und kontrastreicher Beschriftung überwiegend in Augenhöhe angebracht.</i>
3	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>Auf Wunsch begleiten ehrenamtlich tätige Grüne Damen sehbehinderte Patienten zu ihren Stationen/Therapiezentren. Neben den Grünen Damen stehen auch die Mitarbeiter der Pforte für Orientierungsfragen von Besuchern zur Verfügung.</i>
4	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. <i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über eine ausreichende Anzahl von Zimmern mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche.</i>
5	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette <i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt u.a. im Herzzentrum über eine ausreichende Anzahl von Zimmern mit rollstuhlgerechter Toilette.</i>
6	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen <i>Die Stationen/Therapiezentren des Klinikums Ludwigshafen können über rollstuhlgerechte Aufzüge sowie spezielle Rampen erreicht werden.</i>
7	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug <i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt u.a. im Herzzentrum über gut ausgestattete Aufzüge zur Nutzung durch Patienten mit einem Rollstuhl. Selbständige Zugänglichkeit ist möglich.</i>
8	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über gut ausgestattete Toiletten zur Nutzung durch Besucher/innen mit einem Rollstuhl. Selbständige Zugänglichkeit ist möglich.</i>
9	Besondere personelle Unterstützung <i>Auf Wunsch begleiten ehrenamtlich tätige Grüne Damen mobilitätseingeschränkte Patienten zu ihren Stationen/Therapiezentren.</i>
10	Arbeit mit Piktogrammen <i>Im Klinikum Ludwigshafen finden sich verschiedene Piktogramme (vom Notausgang über Rettungszeichen bis hin zur Händehygiene).</i>
11	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Die Regelungen zum Umgang mit Pat. mit kognitiven Einschränkungen/Demenz sind in einer VA zusammengefasst. Pat.begleiter können zur Beschäftigung u. Erhebung biografischer Daten hinzugerufen werden. 3 Pflegeexpertinnen für Demenz u. kogn. Einschränkungen in Ausbildung, 4 weitere bereits ausgebildet.</i>
12	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen elektrisch verstellbare Betten zur Verfügung, die bereits für ein hohes Gewicht ausgelegt sind. Bei Bedarf können besonders belastbare Betten, spezielle Matratzen bzw. druckentlastende Prophylaxematratzen für schwergewichtige Patienten bestellt werden.</i>
13	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
	<i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen u.a. im Herzzentrum verstellbare OP-Tische für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.</i>
14	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>Röntgeneinrichtungen für Patientinnen mit besonderem Übergewicht werden vorgehalten</i>
15	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen Körperwaagen etc. für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.</i>
16	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Für Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße stehen dem Pflegepersonal verschiedene Hilfsgeräte wie z.B. Schwerlastrollstühle, 2 Patientenlifter, Schwerlasthocker und Rollstühle mit Überbreite zur Verfügung.</i>
17	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Im Klinikum sind verschiedene Hilfsmittel für Patienten mit besonderem Übergewicht vorhanden.</i>
18	Diätetische Angebote <i>Tumorbedingte Ernährungsstörungen, aber auch bereits vorbestehende Ernährungsstörungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen und Übergewicht werden durch geschulte Diätassistentinnen beraten.</i>
19	Dolmetscherdienst <i>Durch gezielte Personalschulung im Bereich der interkulturellen Kompetenzen, durch einen hausinternen Dolmetscherdienst und durch umfassende Übersetzungshilfen im hauseigenen Intranet hält das Klinikum Instrumente vor, die eine moderne Versorgung aller Bevölkerungsgruppen ermöglichen.</i>
20	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Für eine med. Behandlung ohne Sprachbarriere steht ein interner Dolmetscherdienst, bestehend aus Mitarbeitern mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen zur Verfügung. In der Geburtshilfe werden u.a. Sprechstunden in französischer, russischer, persischer und englischer Sprache angeboten.</i>
21	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden <i>Unsere Klinikkapelle befindet sich im Haus B, 5. OG. Hier können Sie sonntags ab 09.00 Uhr den katholischen und ab 10.00 Uhr den evangelischen Gottesdienst besuchen. Zudem gibt es zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen und Männern. Die Gebetsräume befinden sich in der Bremserstraße 88.</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
	<i>Die Chefärzte des Klinikums Ludwigshafen beteiligen sich als Lehrbeauftragte an der praktischen Ausbildung der Medizinstudierenden der Universität Mainz und Heidelberg (Fakultät Mannheim). Die Chefärzte kommen ihrem Lehrauftrag an Universitäten nach, an denen sie ihre Professur erhalten haben.</i>
2	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen <i>Lehrbeauftragte an der Hochschule Ludwigshafen im Studiengang "Gesundheitsökonomie im Praxisverbund"</i>
3	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>Das Klinikum Ludwigshafen ist akad. Lehrkrankenhaus und kann 29 Studierende der Uni Mainz und 17 Studierende der med. Fakultät Mannheim je Praktisches Jahr ausbilden. Neben den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin und amb. Medizin (nur Mannheim) werden verschiedene Wahlpflichtfächer angeboten.</i>
4	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>Zwischen dem Klinikum Ludwigshafen und den Hochschulen bzw. Universitäten finden zu den verschiedensten Themen projektbezogene Zusammenarbeiten statt.</i>
5	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien <i>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</i>
6	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien <i>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.</i>
7	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien <i>Die Med. Klinik B hat eine eigene Forschungsabteilung</i>
8	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher <i>Zahlreiche Ärztliche Direktoren, Fachärzte, Abteilungsleiter und andere Fachkräfte veröffentlichen Beiträge in wissenschaftlichen Journalen oder Lehrbüchern.</i>
9	Doktorandenbetreuung <i>Im Klinikum Ludwigshafen werden Doktoranden in den verschiedensten Fachkliniken betreut.</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Mit dem Abschluss des Examens wird die allg. Fachhochschulreife, die als Zugangsberechtigung für Studiengänge an Fachhochschulen in RLP gilt, erlangt. Je vier Azubis pro Jahr nehmen in Kooperation mit der Hochschule Ludwigshafen am dualen Bachelor-Studiengang Pflege (Bachelor of Arts) teil.</i>
2	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN

Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule und führt zum Beruf des Medizinisch-Technischen Assistenten - Fachrichtung Radiologie. In dieser Fachrichtung gibt es 4 Hauptfächer (Radiologische Diagnostik, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Strahlenphysik, Dosimetrie u. Strahlenschutz).

3 Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)

Die Ausbildung erfolgt an der eigenen OTA-Schule mit der Qualifizierung für ein attraktives neues Berufsfeld im pflegerischen Bereich einer Klinik. Die OTA-Schule ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft anerkannt und bildet auch Azubis kooperierender Krankenhäuser aus.

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

Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule mit 4 Hauptfächern (Klinische Chemie, Mikrobiologie, Hämatologie, Histologie). Seit 03/15 nehmen max. 10 Azubis pro Jahr in Koop. mit Hochschule Kaiserslautern, Campus Zweibrücken, am dualen Bachelor-Studiengang "Medizin- und Biowissenschaften" teil.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 963

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	40112
Teilstationäre Fallzahl:	1509
Ambulante Fallzahl:	94831

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40				
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	342,84	341,31	1,53	47,08	295,76
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	188,11	186,6	1,51	25,62	162,49

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5				
PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	647,43 24,65 ¹⁾	647,43 24,65	0 0	26,52 0	620,91 24,65
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,7 0,5 ²⁾	5,7 0,5	0 0	0 0	5,7 0,5
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,91 0	5,91 0	0 0	0 0	5,91 0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	16,96 1,74 ³⁾	16,96 1,74	0 0	0 0	16,96 1,74
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	6,59	6,59	0	0	6,59
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,96 0	5,96 0	0 0	0 0	5,96 0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,19 0	10,19 0	0 0	1,46 0	8,73 0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	105,24 5,07 ⁴⁾	105,24 5,07	0 0	14,99 0	90,25 5,07

¹⁾ Hauptnachtschichten: 12,79 Kodierfachkräfte: 1,88 Prozessmanager: 9,98

²⁾ Kodierfachkräfte

³⁾ Krankentransportdienst

⁴⁾ Kodierfachkräfte: 2,53 Prozessmanager: 2,55

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
----------	------	--------	---------	------	-------

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	1,83	1,83	0	0	1,83
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	2	2	0	0,3	1,7
Erzieher und Erzieherin	7,08	7,08	0	0	7,08
Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin	0,82	0,82	0	0	0,82
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	4,63	4,63	0	0	4,63

Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	2,6	2,6	0	0,6	2
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	76,98 ¹⁾	76,98	0	0	76,98
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	29,64 ²⁾	29,64	0	0	29,64
Orthoptist und Orthoptistin/ Augenoptiker und Augenoptikerin	2	2	0	0	2
Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	17,73	17,73	0	0	17,73
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	26,09	26,09	0	2,8	23,29
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	3,28	3,28	0	0	3,28
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	1,34	1,34	0	0	1,34
Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	3,06	3,06	0	0	3,06
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	2	2	0	0	2
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	11	11	0	1,5	9,5
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	7	7	0	1,3	5,7
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	1	1	0	0	1
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	5	5	0	0	5
Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	1,2	1,2	0	0	1,2
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	2	2	0	0	2

¹⁾ IHT/KLC/MIK55,23Pathologie9,55Sonstige12,19

²⁾ ZIR/ANG/PET22,34Strahlenklinik6,98Sonstige0,32

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Interimslösung: Hans-Friedrich Günther (GF) Seit 01.04.2017 Frau Antonie Ege, Leitung Stabsstelle QM
Telefon:	0621 / 503 2021
Fax:	0621 / 503 2139
E-Mail:	qm@kliilu.de

A-12.1.2 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:	Direktorium des Klinikums bestehend aus Geschäftsführer, Ärztlichem Direktor, Pflegedirektorin
Tagungsfrequenz des Gremiums:	wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: - Klinisches Risikomanagement- Patientensicherheit-CIRS</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.02.2017</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizinisches Notfallmanagement (Regelungen u.a. zu: Umgang mit Notfällen, Reanimation, Reanimationsteam/Meldesystem, Ablaufschema ALS, Notfallkoffer, Dokumentation, Schulungen, Kinderreanimation, Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplan)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.02.2017</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Nat. Expertenstandard Schmerzmanagement in der ärztl., pfleg. Tätigkeit bei akut Schmerzen (Empf. zur akuten postop. Schmerztherapie - anästh. Schmerzdienstes, Aufgabenbeschr. Schmerzmanagement, Periop. Schmerztherapie, Tumorschmerztherapie, Schmerzmittelstandard, Zuständigk. Schmerztherapie)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.02.2016</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Expertenstandard Sturzprophylaxe (Regelungen zu: Meldung von Stürzen, Sturzzahlen, Arzneimittelrisiko Sturz, Unterweisung nach Arbeitsschutzgesetz, Checkliste Sturzunfälle, Aufgabenbeschreibung Sturzprophylaxe)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.08.2017</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusversorgung (Regelungen zu: Aufgabenbeschreibung Dekubitus, Dekubitusprophylaxe in den einzelnen Kliniken/OP's, Dekubitusmeldung)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.09.2016</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Freiheitsentziehende Maßnahmen (Regelungen zu: Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, Fixierungssystemen, Fixierungs-/Sicherheitsprotokoll, Aufbereitung von Fixierungssystemen, Schulungen)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 30.11.2014</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung MPG (Regelungen zu: Meldung an BfArM, VA Genehmigung zum Betrieb eines Leih-/Testgerätes, Meldung pitFM, Bestellung Gerätebeauftragte)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.07.2015</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit Arzneimitteln (Regel.: Medikamentengabe-Station, Doku, Medikamentensicherheit, Arzneimittelrisiko Sturz, S3-Leitl.-Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung/Umgang Antibiotika[Steuerungsg.], Begehung, VA BTM, VA Zytostatika/CMR, Unterw. Zytostatika, AiD Klinik, Therapieempfehlung, NewsI)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.02.2015</i>
12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Transferchecklisten (Regelungen u. a. zu Team-Time-Out, CL Patientenvorbereitung auf Station, VA zur prä-/intra-/ postoperativen Zählkontrolle der verwendeten OP-Materialien, Prozessbeschreibung stationäre OP, Theapieschema zum Umgang mit Nachblutungen, OP-Statut, DA Transfusionsmedizin) Letzte Aktualisierung: 13.10.2017</i>
15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Checkliste Patientenvorbereitung auf Station (Regelungen zu: Multiprofessionellen Behandlungspfaden der einzelnen Kliniken, Präoperative Aufnahme und Diagnostik, OP-Transfercheckliste, Checkliste Patientenvorbereitung auf Station) Letzte Aktualisierung: 02.10.2017</i>
16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standards und Empfehlungen (Regelungen zu: Aufwachraum Protokoll, Narkoseprotokoll/ Anordnung für Aufwachraum (Narco-Data), Schmerzscore, Aldrete's Score) Letzte Aktualisierung: 15.04.2016</i>
18	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Checkliste Entlassmanagement (Regelungen zu: Patienteninformation, Patientenanamnese, Entlassplanung, Entlassteams, Software Cerner, Entlassbrief, Entlassmedikation, Bundesmedikationsplan, VA Entlassmanagement, pflegerisches Entlassgespräch, Entlassung auf eigenen Wunsch) Letzte Aktualisierung: 27.09.2017</i>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: Klinikübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit, Palliativkonsil, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Qualitätszirkel mit niedergelassenen Ärzten.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 01.07.2015</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Intervall: monatlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	<i>Intervall: monatlich</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Die Fallmeldungen werden in den fest installierten Best-Practice-Teams, als auch einem übergeordneten Gremium zeit- u. praxisnah bearbeitet. Aus Fallmeldungen unserer Mitarbeiter konnten bspw. Maßnahmen im Bereich der Prozessoptimierung, den Abläufen im interdisziplinären Team als auch im Bereich Medikation, Medizinprodukte, Technik, Notfallmanagement abgeleitet werden.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Seit September 2017 ist das Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH an das einrichtungsübergreifende CIRS HealthCare angeschlossen. Eine Konformitätserklärung liegt vor und der erste Fall wurde sowohl gemeldet als auch von InPass beurteilt.

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

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

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	CIRS der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)
3	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:	monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	2 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	35 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	5 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	90 ⁴⁾

¹⁾ Dr. Sebastian Kevekordes, Dr. Ulrich Burkhardt

²⁾ 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.

³⁾ Zusätzlich befand sich in 2016 eine Hygienefachkraft in Ausbildung.

⁴⁾ 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

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Matthias F. Bauer, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Instituts für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Telefon:	0621 / 503 3566
Fax:	0621 / 503 3555
E-Mail:	baueremat@kliilu.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

1. 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	Kopfhäube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und 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 Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	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

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen: 115

... auf allen Allgemeinstationen: 30

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	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
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Bronze</i>
3	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: Teilnahme am MRE-Netzwerk (Multiresistente Erreger) der Metropolregion Rhein-Neckar</i> <i>Am MRE-Netzwerk nehmen insgesamt 36 Kliniken der Metropolregion teil. Diese Kliniken erarbeiten u. a. einheitliche Hygieneempfehlungen und bearbeiten sämtliche Fragestellungen zum Umgang mit multiresistenten Erregern, um deren Verbreitung zu verringern.</i>
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>2x jährlich hygienebeauftragte Ärzte & Pflege, 1x jährlich hygieneverantwortliche MA in Funktionsbereichen & MFA, 2x jährlich Sachkunde, 2x jährlich Fachkunde, 1x jährlich OTA-Kurs, 1x jährlich Impfseminar Ärzte</i>
5	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>Die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung des Klinikums ist seit 2013 nach DIN EN ISO 13485 zertifiziert. Die Überprüfung von Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten erfolgt durch interne Audits sowie durch die jährlichen externen Überwachungs- und Zertifizierungsaudits.</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME

6 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.

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

<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
	<i>Im Klinikum Ludwigshafen ist ein strukturiertes Lob- Beschwerdemanagement unter dem Namen "Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten" eingeführt. Patienten und ihre Angehörigen können persönlich, telefonisch, per E-Mail oder mittels eines Online-Formulars Kontakt aufnehmen. Zusätzlich werden regelmäßig persönliche Befragungen unserer Patienten vor Ort durchgeführt sowie Sprechstunden von Montag bis Donnerstag jeweils von 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr angeboten.</i>	
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
	<i>Die eingehenden Rückmeldungen (Lob/konstruktive Kritik) werden strukturiert und nach einem verbindlichen Konzept analysiert und bearbeitet. Der jährliche Statusbericht zum Beschwerdemanagement enthält Informationen zur Organisation, zur praktischen Umsetzung sowie zu Folgewirkungen.</i>	
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
	<i>Mündliche Beschwerden werden strukturiert erfasst und bearbeitet. Anschließend wird die eingegangene Beschwerde an die zuständigen Führungskräfte zur Klärung mit der Bitte um Stellungnahme und Benennung mögl. Verbesserungsmaßnahmen weitergeleitet.</i>	

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. <i>Nach Eingang einer schriftlichen Beschwerde bei der Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten 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 Patientenangelegenheiten (KfP).</i>	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. <i>Die durchschnittliche Bearbeitungszeit einer Beschwerde liegt bei 1,6 Werktagen.</i>	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. http://www.klilu.de/content/ihre_meinung/index_ger.html <i>Die Ansprechpartnerin der KfP, Fr. Kautz, nimmt Fragen, Wünsche, Anregungen, Lob und Kritik von Patienten und Angehörigen im persönlichen Gespräch von offenen Interviews und Sprechstunden entgegen, bearbeitet alle mündlichen, schriftlichen und/oder anonym eingehenden Rückmeldungen. Die Mitarbeiter in den Kliniken und Bereichen stehen darüber hinaus den Patienten als erste Ansprechpartner bei Rückmeldungen vor Ort zur Verfügung und übermitteln bei Erfordernis zur Weiterbearbeitung an die KfP.</i>	Ja
7	Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Unsere ehrenamtliche Patientenführsprecherin, Frau Herzog, steht für Anliegen und Beschwerden zur Verfügung. Patienten können einen Gesprächstermin am Krankenbett vereinbaren oder telefonisch Kontakt aufnehmen (Tel. 2260).</i>	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden http://www.klilu.de/content/ihre_meinung/ihre_meinung_ist_uns_wichtig/index_ger.html <i>Anonyme Rückmeldungen können die Patienten entweder per Post direkt an die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten oder über das Online-Kontaktformular auf der Homepage/"Ihre Meinung" senden. Zudem stehen für eine anonyme Rückmeldung auch grüne Meinungs-Briefkästen im gesamten Haus bereit (z.B. an der Pforte und vor der Mitarbeiter-Cafeteria).</i>	Ja
9	Patientenbefragungen http://www.klilu.de/content/patientenzufriedenheit/index_ger.html <i>Im Klinikum Ludwigshafen haben sowohl die ambulanten als auch stationären Patienten die Möglichkeit an einer kontinuierlichen Patientenbefragung teilzunehmen. Außerdem erfolgen kontinuierlich interne Patientenbefragungen (z.B. i. d. Organzentren). Weitere Rückmeldungen können über den Online-Fragebogen abgegeben werden. Die Leiterin der KfP führt regelmäßig Patientengespräche während des stationären Aufenthaltes durch, in denen die Patienten zu ihren Eindrücken befragt werden.</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen <i>Einweiserbefragungen werden, insbesondere in den Tumorzentren, durchgeführt. Hierbei werden die Erwartungen und Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte identifiziert.</i>	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Bianca Kautz, Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten
Telefon:	0621 / 503 2388
Fax:	0621 / 503 2064
E-Mail:	kautzb@klilu.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Susanne Herzog, Patientenfürsprecherin
Telefon:	0621 / 503 2260
Fax:	0621 / 503 4247
E-Mail:	feedback@kliilu.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
2	Positronenemissionstomograph (PET)/ PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	
3	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
	<i>Gammasonde zur Sentinel-Lymphknoten-Detektion. Das Gerät befindet sich in der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände. Die Zusammenarbeit ist über einen Kooperationsvertrag geregelt. Die Praxis verfügt über Ein- und Mehrkopfgammakamerasysteme.</i>		
4	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
5	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
6	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
7	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
8	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
9	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
10	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
11	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
12	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
13	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
14	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
15	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
16	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
17	offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Ja
18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
19	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	
20	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin inkl. Endokrinologie)

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin inkl. Endokrinologie)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79

PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/medizinische_klinik_a/index_ger.html

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin
2	(0104) Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
3	(0105) Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie
4	(0109) Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
5	(0190) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II)

B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Uppenkamp, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3900
Fax:	0621 / 503 3977
E-Mail:	meda@klilu.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/medizinische_klinik_a/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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen z. B. autologe Stammzelltransplantation und Therapie akuter Leukämien

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 2 Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs, Magen-Darm-Krebs, Brustkrebs
- 3 Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
- 4 Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 5 Onkologische Tagesklinik
- 6 Palliativmedizin
- 7 Stammzelltransplantation
- 8 Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
- 9 Dialyse
- 10 Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 11 Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 12 Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 13 Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 14 Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 15 Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 16 Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 17 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 / Hämo-filt...
- 18 Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
- 19 Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
- 20 Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 21 Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 22 Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
- 23 Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 24 Spezialsprechstunde
Rheumatologische Ambulanz, Infektionsambulanz, Privatärztliche Praxis des Chefarztes
- 25 Medizinische Notaufnahme
- 26 Das Onkologische Zentrum Ludwigshafen (OZLU) ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Erstzertifizierung 07.06.2016)

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	2349
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	303
2	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	119
3	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	94
4	C83.1	Mantelzell-Lymphom	50
5	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	48
6	C82.0	Non-Hodgkin-Lymphom: Kleinzellig, gekerbt, follikulär	47
7	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	43
8	C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	39
9	C83.0	Non-Hodgkin-Lymphom: Kleinzellig (diffus)	36
10	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	31
11	M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	31
12	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	28
13	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	27
14	C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	27
15	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	27
16	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	25
17	M32.1	Systemischer Lupus erythematoses mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	24
18	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	22
19	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	20
20	M31.3	Wegener-Granulomatose	20
21	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	19
22	M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	19

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
23	M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	18
24	C45.0	Mesotheliom der Pleura	18
25	C81.1	Hodgkin-Krankheit [Lymphogranulomatose]: Nodulär-sklerosierende Form	18
26	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	17
27	A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	16
28	D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	16
29	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	16
30	M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	16

B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Nicht follikuläres Lymphom	397
2	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	298
3	C82	Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht - Follikuläres Lymphom	97
4	N17	Akutes Nierenversagen	64
5	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	63
6	M35	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift	60
7	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	57
8	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	56
9	M31	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der Immunsystem Blutgefäße angreift - nekrotisierende Vaskulopathien	56
10	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	54
11	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	45
12	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	45
13	I50	Herzschwäche	39
14	M34	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift, mit Verhärtungen an Haut oder Organen - Systemische Sklerose	33
15	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	31

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
16	C88	Krebs mit übermäßiger Vermehrung bestimmter veränderter Abwehrzellen	29
17	C50	Brustkrebs	27
18	M32	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem Bindegewebe, Blutgefäße und Organe angreift - Lupus erythematodes	24
19	D86	Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung - Sarkoidose	24
20	C16	Magenkrebs	23
21	M30	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem Schlagadern angreift (Panarteriitis nodosa) bzw. ähnliche Zustände	20
22	C45	Bindegewebskrebs von Brustfell (Pleura), Bauchfell (Peritoneum) oder Herzbeutel (Perikard) - Mesotheliom	18
23	D61	Sonstige Blutarmut durch zu geringe Neubildung verschiedener Blutkörperchen	17
24	N04	Langsam entwickelnde Nierenkrankheit, entzündlich oder nicht entzündlich	17
25	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	17
26	M05	Anhaltende (chronische) Entzündung mehrerer Gelenke mit im Blut nachweisbarem Rheumafaktor	16
27	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	15
28	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	15
29	R50	Fieber unbekannter Ursache	15
30	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	14

B-[1].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	303
2	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	119
3	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	94
4	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	63
5	C83.1	Mantelzell-Lymphom	50
6	C90.0	Multiples Myelom	49
7	C82.0	Folikuläres Lymphom Grad I	47

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
8	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	43
9	C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	39
10	C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	36
11	I50.1	Linksherzinsuffizienz	34
12	M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	31
13	C91.1	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]	28
14	C92.8	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie	27
15	C92.0	Akute myeloblastische Leukämie [AML]	25
16	M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	24
17	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	22
18	M31.3	Wegener-Granulomatose	20
19	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	20
20	M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	19
21	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	19
22	M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	18
23	C45.0	Mesotheliom der Pleura	18
24	C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	18
25	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	17
26	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	17
27	M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	16
28	M34.0	Progressive systemische Sklerose	16
29	A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	16
30	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	16

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	2573
2	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	602
3	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	583
4	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	341
5	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	335
6	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	231
7	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	213
8	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	206
9	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	177
10	8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	163
11	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	162
12	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	162
13	6-001.h6	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 750 mg bis unter 850 mg	125
14	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	119
15	8-857.10	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD): Bis 24 Stunden	117
16	8-821.0	Immunadsorption: Mit nicht regenerierbarer Säule	113
17	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	109
18	6-001.h4	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 550 mg bis unter 650 mg	98
19	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	97

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	96
21	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	93
22	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	91
23	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	66
24	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	64
25	8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	59
26	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	54
27	8-542.32	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	52
28	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	46
29	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	44
30	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	42

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	3124
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	920
3	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet - Peritonealdialyse	755
4	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	709
5	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	669
6	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	419

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
7	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	357
8	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	243
9	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	231
10	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen - Hämofiltration	184
11	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	182
12	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	179
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	158
14	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	158
15	8-821	Filterung von Antikörpern aus dem Blut	113
16	1-465	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	96
17	1-854	Untersuchung eines Gelenkes oder eines Schleimbeutels durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	83
18	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	64
19	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	39
20	6-005	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 5 des Prozedurenkatalogs	31
21	1-859	Sonstige Untersuchung durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	31
22	1-426	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphdrüsen, Milz bzw. Thymusdrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	27
23	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	25
24	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	22
25	8-820	Behandlung durch Austausch der patienteneigenen Blutflüssigkeit gegen eine Ersatzlösung	21
26	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	19

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
27	8-018	Künstliche Ernährung über die Vene als medizinische Nebenbehandlung	19
28	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	18
29	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	17
30	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	16

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE PRAXIS DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	VU15 - Dialyse
	VI38 - Palliativmedizin
2	RHEUMATOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	<i>Schwerpunkt: schwere Systemerkrankungen wie z.B. Lupus erythematodes, Sklerodermie, Vaskulitiden</i>
3	INFEKTIONS-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	LEISTUNGEN:
	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
4	ONKOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

4	ONKOLOGISCHE AMBULANZ
	LEISTUNGEN:
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
5	MEDIZINISCHE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI00 - Behandlung von Notfallpatienten im Bereich der Inneren Medizin.
	<i>In der Medizinischen Notaufnahme werden Notfallpatienten aller drei Medizinischen Kliniken sowie der Neurologischen Klinik behandelt.</i>

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	25,3	25,07	0,23	3,9	21,4	109,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	13,39	13,17	0,22	2,07	11,32	207,5

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
3	Innere Medizin und SP Rheumatologie
4	Innere Medizin und SP Nephrologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Infektiologie
2	Palliativmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	45,81	45,81	0	1,8	44,01	53,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,06	0,06	0	0	0,06	39150,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0	0	0,02	117450,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,18	1,18	0	0	1,18	1990,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,15	1,15	0	0	1,15	2042,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,03	5,03	0	2	3,03	775,2

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pflege in der Nephrologie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Diabetes <i>Diabetesassistentin nach DGG</i>
3	Ernährungsmanagement <i>Ernährungsberaterin SGD</i>
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Breast Care Nurse
7	Deeskalationstraining <i>nach ProDeMa</i>

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

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)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/medizinische_klinik_b/index_ger.html

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
2	(0108) Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
3	(0191) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (III)
4	(0300) Kardiologie
5	(3601) Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
6	(3750) Angiologie

B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Ralf Zahn, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 4000
Fax:	0621 / 503 4044
E-Mail:	medb@klilu.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/medizinische_klinik_b/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 nach § 136a SGB V:

Ja

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Computertomographie (CT), Spezialverfahren</p> <p><i>Nicht invasives Verfahren zur Klärung auf Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit.</i></p>
2	Renale Denervation
3	Perkutane Kreislauferstützungssysteme (ECMO, Impella, IABP)
4	Notfallmedizin
5	Phlebographie
6	<p>Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes</p> <p><i>Stationäre und ambulante Behandlung möglich.</i></p>
7	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
10	<p>Arteriographie</p> <p><i>In der Abteilung werden Arteriographien der Aorta (Hauptschlagader) und der Carotiden (Halsschlagadern) durchgeführt. Verödung von Strukturen im Bereich der Nierenschlagader im Rahmen der Blutdrucktherapie.</i></p>
11	<p>Allgemeine Notfallmedizin</p> <p><i>- Koordination des Notarztwagens- Hausinterner Reanimationsdienst- Einige Mitarbeiter verfügen über die Qualifikation "Leitender Notarzt".</i></p>
12	<p>Herzkatheter</p> <p><i>Diagnostik: Darstellung d. Herzkrankgefäße, Druckmessung i. d. Herzkammern Therapie: Aufdehnung verengter Herzkranzgefäße z.T. mit Implantation einer Gefäßstütze, Vorhofsohrverschluss, Kathetergestützte Implantation v. künstl. Herzklappen, Verschluss angeb. Defekte d. Herzscheidewand</i></p>
13	Sonographie mit Kontrastmittel
14	<p>Endosonographie</p> <p><i>Herz, Mediastinum</i></p>
15	<p>Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Von Herz und Lunge in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.</i></p>
16	<p>Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</p> <p><i>Lungen- und Rippenfelltumore</i></p>
17	<p>Native Sonographie</p> <p><i>Herz (auch über Speiseröhre, sowie unter Belastung), Gefäße, Brustkorb</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
18	Eindimensionale Dopplersonographie
19	Duplexsonographie
20	Elektrophysiologie
21	Endoskopie
	<i>Lungenspiegelung und Brustraumspiegelung</i>
22	Perkutane Ballonvalvuloplastie der Aorten- und Mitralklappe
23	Spezialsprechstunde
	<i>Es werden folgende Spezialsprechstunden angeboten: Herzschrittmacher-Sprechstunde, Sprechstunde für Patienten mit implantierten Defibrillatoren, Schlafmedizin, Pneumologie (Lungenerkrankungen), Spezialsprechstunde Herzinsuffizienz</i>
24	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	<i>Verödung von Strukturen am Herzen, die Rhythmusstörungen auslösen Behandlung von Rhythmusstörungen mit Schrittmachersystemen</i>
25	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	<i>Insbesondere Schlafapnoesyndrom</i>
26	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
27	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
	<i>Betreut werden Patienten nach Herztransplantationen</i>
28	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
29	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
30	Intensivmedizin
	<i>Zusammen mit der neurolog. Klinik, Med. Klinik A+C: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung, Dilatationstracheotomie, Hämodialyse/Hämofiltration (Med. Klinik A), Lungenersatzverfahren (ECMO), Herzlungenmaschine, Herzunterstützungssysteme</i>
31	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
32	Transkutaner Aortenklappenersatz
33	Perkutaner Verschluss des linken Vorhofohrs
34	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
35	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
36	Medizinische Notaufnahme
	<i>Behandlung aller Notfallpatienten der Medizinischen Klinik A, Medizinischen Klinik B, Medizinischen Klinik C sowie der Neurologischen Klinik.</i>
37	Chest Pain Unit (CPU) zur Behandlung von Patienten mit Brustschmerz
	<i>Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DKG). Gültig bis Januar 2018</i>

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	6845
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	521
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	378
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	318
4	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	310
5	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	211
6	I20.0	Instabile Angina pectoris	198
7	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	196
8	I35.0	Aortenklappenstenose	194
9	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	190
10	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	132
11	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	123
12	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	119
13	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	109
14	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	106
15	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	97
16	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	89
17	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	84
18	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	84
19	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	82
20	G47.38	Sonstige Schlafapnoe	78
21	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	75
22	R06.5	Mundatmung	72

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
23	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	67
24	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	66
25	I48.3	Vorhofflattern, typisch	63
26	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	54
27	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	53
28	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	52
29	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	48
30	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	48

B-[2].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I50	Herzschwäche	737
2	I21	Akuter Herzinfarkt	561
3	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	558
4	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	466
5	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	420
6	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	269
7	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	252
8	G47	Schlafstörung	245
9	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	237
10	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	228
11	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	182
12	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	164
13	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	155
14	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	150
15	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	144
16	R06	Atemstörung	117
17	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	106

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
18	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	88
19	R00	Störung des Herzschlages	85
20	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	72
21	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	71
22	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	68
23	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	61
24	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	54
25	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	49
26	J20	Akute Bronchitis	47
27	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	45
28	E86	Flüssigkeitsmangel	42
29	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	40
30	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	39

B-[2].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.1	Linksherzinsuffizienz	688
2	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	521
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	318
4	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	310
5	G47.3	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	231
6	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	198
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	198
8	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	197
9	I35.0	Aortenklappenstenose	194
10	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	190

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	155
12	Z45.0	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems	150
13	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	146
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	119
15	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	110
16	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	109
17	R55	Synkope und Kollaps	106
18	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	89
19	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	82
20	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	75
21	R06.5	Mundatmung	72
22	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	67
23	I48.3	Vorhofflattern, typisch	63
24	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	55
25	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	52
26	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	48
27	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	48
28	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	48
29	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	42
30	E86	Volumenmangel	42

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	2078

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	8-933	Funkgesteuerte Überwachung des Herzens (Telemetrie)	1468
3	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	1391
4	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	1300
5	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1231
6	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	922
7	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	858
8	8-83b.00	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	718
9	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	640
10	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	598
11	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	560
12	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	446
13	1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige	432
14	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	419
15	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)	359
16	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	303
17	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	243
18	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	241
19	1-791	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes	192
20	8-717.0	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Ersteinstellung	185

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	1-274.3	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums	180
22	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	169
23	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	164
24	5-35a.00	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär	163
25	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	159
26	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	157
27	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	157
28	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien	152
29	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	149
30	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	138

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	2507
2	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	2078
3	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	2039
4	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	1844
5	8-933	Funkgesteuerte Überwachung des Herzens (Telemetrie)	1468
6	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	1300
7	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1197
8	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	869

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
9	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	704
10	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	640
11	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	598
12	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	584
13	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	366
14	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU	356
15	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung - Kardiales Mapping	338
16	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	320
17	9-984	Pflegebedürftigkeit	305
18	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	287
19	8-717	Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes	226
20	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeerletzung (minimalinvasiv)	210
21	1-791	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes	192
22	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	181
23	1-430	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung	169
24	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	134
25	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	107
26	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	104
27	3-031	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) durch Ansetzen des Ultraschallkopfes auf den Brustkorb (transthorakal) bei körperlicher Belastung	90
28	3-05f	Ultraschall der Lunge mit Zugang über die Atemwege	88

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
29	1-426	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphdrüsen, Milz bzw. Thymusdrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	84
30	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	68

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	KARDIOLOGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI00 - Schrittmacher und Defibrillator Kontrollen
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VI34 - Elektrophysiologie
	<i>Behandlung durch den Chefarzt oder einen Oberarzt</i>
2	KARDIOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI00 - Schrittmacher und Defibrillator Kontrollen
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VI34 - Elektrophysiologie
	<i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte</i>
3	ARRHYTHMIE-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:

3	ARRHYTHMIE-AMBULANZ
	VI00 - Schrittmacher und Defibrillator Kontrollen
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI34 - Elektrophysiologie
	<i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte</i>
4	PNEUMOLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	<i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte</i>
5	MEDIZINISCHE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI00 - Behandlung aller Notfallpatienten der Medizinischen Klinik A, Medizinischen Klinik B, Medizinischen Klinik C sowie der Neurologischen Klinik.
	<i>In der Medizinischen Notaufnahme werden Notfallpatienten der Medizinischen Klinik A, Medizinischen Klinik B, Medizinischen Klinik C sowie der Klinik für Neurologie behandelt.</i>

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	17
2	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	< 4
3	3-602	Röntgendarstellung des Aortenbogens mit Kontrastmittel	< 4
4	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	< 4
5	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	< 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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	39,57	39,57	0	3,22	36,35	188,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	18,21	18,21	0	1,48	16,73	409,1

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Angiologie
3	Innere Medizin und SP Kardiologie
4	Innere Medizin und SP Pneumologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	115,83	115,83	0	8	107,83	63,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	6845,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,82	2,82	0	0	2,82	2427,3
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,82	1,82	0	0	1,82	3761,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,03	2,03	0	0	2,03	3371,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	19,41	19,41	0	3,96	15,45	443,0

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Pflege in der Nephrologie
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Qualitätsmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
5	Deeskalationstraining <i>nach ProDeMa</i>

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[3] Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Gallenwege und Leber, 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, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Gallenwege und Leber, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/medizinische_klinik_c/index_ger.html

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0106) Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
2	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
3	(0152) Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
4	(0153) Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
5	(0192) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (IV)
6	(0700) Gastroenterologie

B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Ralf Jakobs, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 4100
Fax:	0621 / 503 4114
E-Mail:	medc@klilu.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/medizinische_klinik_c/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 nach § 136a SGB V:

Ja

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
2	Interdisziplinäre Tumornachsorge
3	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
4	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
8	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
9	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
19	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
21	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
22	Intensivmedizin
23	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
24	Diagnostik und Therapie von Allergien
25	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
26	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
27	Spezialsprechstunde
28	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
29	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
30	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
31	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
32	Endoskopie
33	Onkologische Tagesklinik
34	Schmerztherapie
35	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
36	Konventionelle Röntgenaufnahmen
37	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
38	Native Sonographie
39	Endosonographie
40	Eindimensionale Dopplersonographie
41	Duplexsonographie
42	Sonographie mit Kontrastmittel
43	Spezialsprechstunde
44	Medizinische Notaufnahme <i>Behandlung aller Notfallpatienten der Medizinischen Klinik A, Medizinischen Klinik B, Medizinischen Klinik C sowie der Neurologischen Klinik.</i>
45	Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Erstzertifizierung 27.01.2015)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 46 Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (13.11.2014)

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	4352
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K83.1	Verschluss des Gallenganges	134
2	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	116
3	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	97
4	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	92
5	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	71
6	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	68
7	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	66
8	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	65
9	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	58
10	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	58
11	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	54
12	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	54
13	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	54
14	K22.2	Ösophagusverschluss	52
15	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	52
16	K59.0	Obstipation	50
17	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	49
18	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	49
19	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	46
20	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	43

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
21	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	42
22	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	42
23	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	42
24	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	39
25	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	38
26	K22.7	Barrett-Ösophagus	34
27	C22.0	Leberzellkarzinom	34
28	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	33
29	K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	32
30	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	32

B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K80	Gallensteinleiden	232
2	C16	Magenkrebs	230
3	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	225
4	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	158
5	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	137
6	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	136
7	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	134
8	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	128
9	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	119
10	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	101
11	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	96
12	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	96
13	C15	Speiseröhrenkrebs	90
14	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	81
15	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	75
16	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	73
17	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	73

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
18	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	72
19	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	72
20	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	68
21	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	67
22	K74	Vermehrte Bildung von Bindegewebe in der Leber (Leberfibrose) bzw. Schrumpfleber (Leberzirrhose)	60
23	D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	60
24	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	59
25	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	58
26	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	51
27	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	47
28	K25	Magengeschwür	47
29	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	47
30	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	46

B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K83.1	Verschluss des Gallenganges	134
2	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	116
3	K80.5	Gallengangstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis	112
4	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	97
5	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	92
6	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	74
7	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	71
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	68

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
9	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	68
10	K80.3	Gallengangstein mit Cholangitis	66
11	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	66
12	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	65
13	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	58
14	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	54
15	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	54
16	K22.2	Ösophagusverschluss	52
17	K59.0	Obstipation	50
18	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	49
19	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	49
20	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	46
21	E11.9	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen	44
22	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	42
23	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	42
24	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	41
25	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	39
26	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	38
27	I50.1	Linksherzinsuffizienz	38
28	K85.9	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet	35
29	K22.7	Barrett-Ösophagus	34
30	C22.0	Leberzellkarzinom	34

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	2843
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	990
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	848
4	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	525
5	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	498
6	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	462
7	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	370
8	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	351
9	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	310
10	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	304
11	5-452.20	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Exzision ohne weitere Maßnahmen	276
12	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	247
13	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	209
14	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	204
15	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	203
16	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	200
17	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	196
18	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	190
19	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	182

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	179
21	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	173
22	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	170
23	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	165
24	5-452.23	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Endoskopische Mukosaresektion	160
25	3-13c.1	Cholangiographie: Perkutan-transhepatisch [PTC]	160
26	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	157
27	5-452.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	150
28	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	146
29	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	137
30	5-514.53	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage: Perkutan-transhepatisch	129

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	2908
2	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	1331
3	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	1312
4	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	1016
5	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	676
6	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	551
7	5-469	Sonstige Operation am Darm	536
8	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	525

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
9	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	498
10	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	462
11	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	400
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	366
13	5-514	Sonstige Operation an den Gallengängen	329
14	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	304
15	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	282
16	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	236
17	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	209
18	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	204
19	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	203
20	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	202
21	1-442	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z. B. Ultraschall	192
22	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	166
23	3-13c	Röntgendarstellung der Gallenwege mit Kontrastmittel	160
24	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	157
25	5-449	Sonstige Operation am Magen	143
26	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	108
27	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	104
28	1-636	Untersuchung des Dünndarmabschnitts unterhalb des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	103
29	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	97
30	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	95

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
2	LEBERSPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	<i>Behandlung von Patienten mit chronischer Leberentzündung, insbesondere Hepatitis B und C</i>
3	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Med. Klinik C ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
4	DIABETES-SPRECHSTUNDE UND FUßAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	<i>Auf Überweisung durch diabetologische Schwerpunktpraxen: - Betreuung von Patienten mit Insulinpumpe - Behandlung von Diabetikern mit schwer einstellbarem Diabetes - Behandlung von Diabetikerinnen in der Schwangerschaft Auf Überweisung durch diabetologische Fußambulanzen: - Beh...</i>
5	ASV GASTROINTESTINALE-ONKOLOGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Versorgung von Tumoren des Bauchraums und der Bauchorgane, betrifft Krebserkrankungen des gesamten Verdauungstraktes, aber auch der Schilddrüse.
	<i>Direkte Zuweisung aus stationärer Behandlung ohne Überweisungsschein. Überweisung von Patienten mit gesicherter Tumordiagnose durch den niedergelassenen Haus- und Facharzt mit Überweisungsschein.</i>
6	MEDIZINISCHE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)

6	MEDIZINISCHE NOTAUFNAHME
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Behandlung aller Notfallpatienten der Medizinischen Klinik A, Medizinischen Klinik B, Medizinischen Klinik C sowie der Neurologischen Klinik.
	<i>Behandlung aller Notfallpatienten der Medizinischen Klinik A, Medizinischen Klinik B, Medizinischen Klinik C sowie der Neurologischen Klinik.</i>

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

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

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	25,5	25,5	0	1,89	23,61	184,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	11,31	11,31	0	0,83	10,48	415,3

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Gastroenterologie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie
2	Geriatric
3	Infektiologie
4	Medikamentöse Tumortherapie
5	Notfallmedizin

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	37,37	37,37	0	1,03	36,34	119,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,88	0,88	0	0	0,88	4945,5
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,16	0,16	0	0	0,16	27200,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,54	3,54	0	0	3,54	1229,4
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,56	0,56	0	0	0,56	7771,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,15	9,15	0	1	8,15	534,0

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTA FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Pflege in der Onkologie
4	Operationsdienst
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Pflege in der Endoskopie
7	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

B-[4] Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie)

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen

URL:

http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/chirurgische_klinik_a/index_ger.html

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie
2	(1516) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
3	(1520) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
4	(1551) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
5	(1590) Allgemeine Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp (II)
6	(3757) Visceralchirurgie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Stefan Willis, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3150
Fax:	0621 / 503 3184
E-Mail:	cha@klilu.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/chirurgische_klinik_a/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 nach § 136a SGB V:

Ja

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
4	Spezialsprechstunde
5	Arthroskopische Operationen
6	Chirurgische Intensivmedizin
7	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
9	Endokrine Chirurgie
10	Magen-Darm-Chirurgie
11	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
12	Tumorchirurgie
13	Portimplantation
14	Schrittmachereingriffe
15	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
16	Lungenchirurgie
17	Operationen wegen Thoraxtrauma
18	Speiseröhrenchirurgie
19	Thorakoskopische Eingriffe
20	Mediastinoskopie
21	Metall-/Fremdkörperentfernungen
22	Septische Knochenchirurgie
23	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
25	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
26	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
27	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
29	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
30	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
31	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
33	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
34	Amputationschirurgie
35	Fußchirurgie
36	Handchirurgie
37	Schulterchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
38	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
39	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
40	Wundheilungsstörungen
41	Inkontinenzchirurgie
42	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
43	Laserchirurgie
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
45	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
46	Interdisziplinäre Tumornachsorge
47	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
48	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
49	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
50	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
51	Tumorchirurgie / Metastasenchirurgie
52	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
53	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
54	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
55	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
56	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
57	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
58	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
59	Endoskopie
60	Palliativmedizin
61	Physikalische Therapie
62	Schmerztherapie
63	Transfusionsmedizin
64	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
65	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
66	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
67	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
68	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
69	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
70	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
71	Endoprothetik
72	Fußchirurgie
73	Handchirurgie
74	Schulterchirurgie
75	Traumatologie
76	Psychoonkologie
77	Konventionelle Röntgenaufnahmen
78	Native Sonographie
79	Eindimensionale Dopplersonographie
80	Duplexsonographie
81	Sonographie mit Kontrastmittel
82	Endosonographie
83	Spezialsprechstunde
84	Notfallmedizin
85	Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Erstzertifizierung 27.01.2015)
86	Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (13.11.2014)

B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	3493
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	S06.0	Gehirnerschütterung	127
2	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	116
3	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	92
4	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	86
5	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	84
6	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	78

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
7	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	67
8	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	64
9	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	59
10	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	58
11	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	53
12	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	50
13	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	50
14	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	49
15	K61.1	Rektalabszess	46
16	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	46
17	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	45
18	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	45
19	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	43
20	K81.0	Akute Cholezystitis	41
21	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	40
22	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	40
23	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	39
24	K36	Sonstige Blinddarmentzündung	39
25	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	38
26	E04.9	Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet	37
27	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	36
28	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	36
29	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	33
30	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	32

B-[4].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K80	Gallensteinleiden	241
2	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	162

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
3	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	161
4	K40	Leistenbruch (Hernie)	136
5	S06	Verletzung des Schädelinneren	135
6	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	123
7	K35	Akute Blinddarmentzündung	117
8	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	108
9	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	101
10	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	96
11	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	93
12	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	92
13	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	89
14	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	86
15	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	74
16	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	73
17	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	60
18	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	54
19	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	53
20	K42	Nabelbruch (Hernie)	52
21	K81	Gallenblasenentzündung	51
22	K36	Sonstige Blinddarmentzündung	39
23	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	36
24	K64	Hämorrhoiden und Verschluss der Venen in der Nähe des Darmausgangs durch ein Blutgerinnsel	34
25	C16	Magenkrebs	33
26	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	32
27	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms	31
28	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	29
29	K62	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters	26

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
30	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen - Pneumothorax	25

B-[4].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	127
2	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	117
3	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	92
4	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	88
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	86
6	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	78
7	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	78
8	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	64
9	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	63
10	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	59
11	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	58
12	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	57
13	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	53
14	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	51
15	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	50
16	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	49
17	K61.1	Rektalabszess	46
18	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	46
19	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	45

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
20	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	45
21	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	43
22	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	42
23	K81.0	Akute Cholezystitis	41
24	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	40
25	K36	Sonstige Appendizitis	39
26	E04.9	Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet	37
27	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	36
28	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	36
29	S00.8	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes	33
30	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	32

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	472
2	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	247
3	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	225
4	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	222
5	5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material	192
6	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	138
7	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	114
8	5-069.4	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation	111

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	96
10	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	94
11	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	89
12	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	84
13	5-349.6	Andere Operationen am Thorax: Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell	83
14	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	80
15	5-333.1	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, thorakoskopisch	79
16	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	70
17	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	67
18	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	67
19	5-344.40	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	66
20	5-333.0	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, offen chirurgisch	62
21	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	61
22	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	58
23	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	58
24	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	54
25	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	50
26	5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge	48
27	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	47
28	5-541.1	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	47

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	46
30	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	43

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	560
2	5-469	Sonstige Operation am Darm	364
3	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	341
4	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	277
5	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	229
6	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	224
7	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	192
8	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	188
9	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	157
10	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	153
11	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	148
12	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	145
13	5-333	Lösung von Verklebungen zwischen Lunge und Brustwand - Adhäsiolyse	141
14	5-344	Operative Entfernung des Brustfells (Pleura)	130
15	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	118
16	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	115
17	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	115
18	5-322	Operative Entfernung von Lungengewebe, ohne Beachtung der Grenzen innerhalb der Lunge	113
19	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	113
20	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	99

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
21	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	96
22	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	85
23	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	84
24	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	81
25	5-549	Sonstige Bauchoperation	79
26	5-454	Operative Dünndarmentfernung	75
27	5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	69
28	8-190	Spezielle Verbandstechnik	65
29	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	60
30	5-061	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte	59

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein-, unfall-, thorax- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
2	ALLGEMEIN-/VISZERALCHIRURGIE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und thoraxchirurgischen Erkrankungen
	VX00 - Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
	VC24 - Tumorchirurgie
3	UNFALLCHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Diagnostik und Therapie von Arbeitsunfällen
4	DARMKREBSSPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:

4	DARMKREBSSPRECHSTUNDE
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
5	ALLGEMEINE UNFALLCHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Prä- und poststationäre Diagnostik und Behandlung von Unfällen (außer Arbeitsunfällen)
6	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
7	HANDSPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
8	CHIRURGISCHE AMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Diagnostik und Therapie von allgemein-, unfall-, thorax- und viszeralonkologische Notfallpatienten

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	97
2	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	33
3	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	21
4	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	12
5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	8
6	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	7
7	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	6
8	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	5
9	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
10	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	< 4
11	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
12	5-531	Operativer Verschluss eines Schenkelbruchs (Hernie)	< 4
13	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 4
14	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	< 4
15	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	< 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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	26,13	26,13	0	5,12	21,01	166,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	15,27	15,27	0	2,99	12,28	284,4

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Thoraxchirurgie
2	Viszeralchirurgie
3	Allgemeinchirurgie
4	Orthopädie und Unfallchirurgie

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
5	Gefäßchirurgie
6	Anästhesiologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Spezielle Viszeralchirurgie
2	Intensivmedizin
3	Proktologie
4	Spezielle Unfallchirurgie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	71,55	71,55	0	3	68,55	51,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,67	1,67	0	0	1,67	2091,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,78	0,78	0	0	0,78	4478,2
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,31	2,31	0	0,32	1,99	1755,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,23	7,23	0	2	5,23	667,9

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Diplom
3	Intensivpflege und Anästhesie
4	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
5	Pflege in der Onkologie
6	Operationsdienst
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Kinästhetik
5	Schmerzmanagement
	<i>Algesiologische Fachassistenz</i>
6	Stomamanagement
7	Deeskalationstraining
	<i>nach ProDeMa</i>

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

B-[5] Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/chirurgische_klinik_b/index_ger.html

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1518) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
2	(1591) Allgemeine Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp.(III)
3	(1800) Gefäßchirurgie

B-[5].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Kühner, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3341
Fax:	0621 / 503 3342
E-Mail:	chb@klilu.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/chirurgische_klinik_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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Aortenaneurysmachirurgie
2	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
3	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	Dialyseshuntchirurgie
6	Konventionelle Röntgenaufnahmen
7	Arteriographie
8	Phlebographie
9	Native Sonographie
10	Eindimensionale Dopplersonographie
11	Duplexsonographie
12	Spezialsprechstunde
13	Notfallmedizin
14	Das Gefäßzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) sowie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) zertifiziert. (Zertifizierung 01.10.2016)

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	1132
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	179
2	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	175
3	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	92

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
4	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	51
5	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	49
6	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	46
7	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	45
8	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	44
9	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	41
10	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	40
11	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	32
12	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	21
13	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	18
14	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	17
15	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	14
16	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	14
17	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	14
18	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	13
19	L97	Geschwür am Unterschenkel	13
20	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	10
21	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	9
22	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	9
23	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	8
24	A46	Wundrose - Erysipel	8
25	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	7
26	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	7
27	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
28	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	6
29	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	6
30	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	5

B-[5].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	464
2	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	182
3	I83	Krampfadern der Beine	71
4	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	58
5	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	56
6	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	54
7	Z49	Künstliche Blutwäsche - Dialyse	46
8	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	23
9	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	21
10	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	15
11	L97	Geschwür am Unterschenkel	13
12	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	12
13	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	11
14	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	10
15	A46	Wundrose - Erysipel	8
16	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	7
17	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	7
18	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	6
19	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	6
20	Z48	Sonstige Nachbehandlung nach operativem Eingriff	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
21	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	4
22	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	< 4
23	T87	Komplikationen, die bei der Wiedereinpflanzung bzw. Abtrennung von Körperteilen typisch sind	< 4
24	I50	Herzschwäche	< 4
25	Z03	Ärztliche Beobachtung bzw. Beurteilung von Verdachtsfällen	< 4
26	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	< 4
27	S65	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Handgelenkes bzw. der Hand	< 4
28	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	< 4
29	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
30	N17	Akutes Nierenversagen	< 4

B-[5].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	459
2	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	92
3	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	51
4	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	46
5	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	45
6	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	44
7	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	41
8	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	32
9	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	21

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	18
11	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	17
12	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	14
13	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	14
14	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	14
15	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	13
16	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	13
17	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	10
18	G45.1	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)	10
19	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	9
20	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	9
21	A46	Erysipel [Wundrose]	8
22	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	7
23	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	7
24	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	6
25	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	6
26	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	6
27	M79.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Weichteilgewebes	5
28	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	5

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	189.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	5
30	Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	5

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-836.0c	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	194
2	5-983	Erneute Operation	183
3	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Clipsystem	183
4	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	134
5	8-836.0b	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Oberschenkel	131
6	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	128
7	5-98e	Messung des Blutflusses in Gefäßen während der Operation	102
8	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes	96
9	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	91
10	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	89
11	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	76
12	8-840.0b	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße Oberschenkel	76
13	5-930.00	Art des Transplantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung	75
14	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	75
15	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	74
16	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	73

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	68
18	8-840.09	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Gefäße abdominal und pelvin	68
19	5-896.1c	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion	66
20	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	63
21	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	51
22	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	51
23	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	50
24	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	50
25	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	49
26	8-836.80	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	47
27	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	43
28	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	42
29	8-836.7c	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße Unterschenkel	41
30	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	39

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	638
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	481
3	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	374

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
4	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	270
5	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	257
6	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	247
7	5-930	Art des verpflanzten Materials	247
8	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	238
9	5-983	Erneute Operation	183
10	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	161
11	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	159
12	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	153
13	5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	133
14	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	106
15	8-190	Spezielle Verbandstechnik	103
16	5-98e	Messung des Blutflusses in Gefäßen während der Operation	102
17	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	93
18	5-386	Sonstige operative Entfernung von Blutgefäßen wegen Krankheit der Gefäße bzw. zur Gefäßverpflanzung	72
19	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	66
20	5-38f	Offene Operation zur Erweiterung oder Wiedereröffnung von verengten oder verschlossenen Blutgefäßen mit einem Ballon	64
21	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	57
22	5-38a	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß	55
23	9-984	Pflegebedürftigkeit	45
24	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	41
25	5-38c	Einpflanzen von Röhrchen (Stents) mit offenen Maschen und kleinem Durchmesser im Rahmen einer offenen Operation	38

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
26	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	38
27	5-388	Operative Naht an Blutgefäßen	30
28	5-866	Erneute operative Begutachtung und Behandlung eines Gebietes, an dem ein Körperteil operativ abgetrennt (amputiert) wurde	27
29	5-864	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Beins oder des gesamten Beins	27
30	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	25

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	GEFÄßSPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	<i>Im Rahmen der täglichen Gefäßsprechstunde erfolgt eine Diagnostik und Therapieempfehlung für alle gefäßchirurgischen Patienten auf Einweisung durch niedergelassene Ärzte.</i>
2	CHIRURGISCHE AMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Diagnostik und Therapie von gefäßchirurgischen Notfallpatienten

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	10
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,7	8,7	0	0,12	8,58	131,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,53	4,53	0	0,06	4,47	253,2

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Gefäßchirurgie
2	Allgemeinchirurgie
3	Viszeralchirurgie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Phlebologie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	17,6	17,6	0	0	17,6	64,3
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,52	0,52	0	0	0,52	2176,9

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,79	0,79	0	0	0,79	1432,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,25	3,25	0	0,13	3,12	362,8

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Operationsdienst
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement <i>Algesiologische Fachassistenz</i>
5	Wundmanagement
6	Deeskalationstraining <i>nach ProDeMa</i>

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[6] Klinik für Herzchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Herzchirurgie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/klinik_fuer_herzchirurgie/index_ger.html

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2100) Herzchirurgie
2	(3621) Intensivmedizin/Herzchirurgie

B-[6].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Falk-Udo Sack, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 4050
Fax:	0621 / 503 4060
E-Mail:	herzchirurgie@klilu.de

B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/klinik_fuer_herzchirurgie/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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Koronarchirurgie <i>Es werden außer der konventionellen Bypasschirurgie auch minimal-invasive Bypassoperationen sowie Bypassoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Die Venen- bzw. Arterienentnahme wird - wenn möglich - endoskopisch vorgenommen.</i>
2	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur
3	Herzklappenchirurgie <i>Es wird minimal-invasive Mitralklappenchirurgie durchgeführt.</i>
4	Schrittmachereingriffe
5	Chirurgie der angeborenen Herzfehler <i>Im Erwachsenenalter bei "GUCH-Patienten"</i>
6	Herztransplantation
7	Chirurgische Intensivmedizin
8	Aortenaneurysmachirurgie
9	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
10	Kunstherz / ventrikuläre Unterstützungssysteme
11	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
12	Carotis-TEA kombiniert mit herzchirurgischen Eingriffen
13	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
14	Eingriffe an der thorakalen Aorta
15	Tumorchirurgie
16	Defibrillatoreingriffe
17	Lungenembolektomie
18	Behandlung von Verletzungen am Herzen
19	Eingriffe am Perikard
20	Lungenchirurgie
21	Operationen wegen Thoraxtrauma
22	Thorakoskopische Eingriffe
23	Metall-/Fremdkörperentfernungen
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
25	Wundheilungsstörungen
26	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
27	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
28	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
29	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
30	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
32	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
33	Elektrophysiologie
34	Phlebographie
35	Native Sonographie
36	Eindimensionale Dopplersonographie
37	Duplexsonographie
38	Spezialsprechstunde
39	Notfallmedizin

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	938
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	224
2	I35.0	Aortenklappenstenose	134
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	116
4	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	67
5	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	47
6	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	40
7	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	37
8	I08.0	Krankheiten der Mitralklappen- und Aortenklappen, kombiniert	16
9	I08.1	Krankheiten der Mitralklappen- und Trikuspidalklappen, kombiniert	15
10	I20.0	Instabile Angina pectoris	14
11	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	14

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
12	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	13
13	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	13
14	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	13
15	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	13
16	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	13
17	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	11
18	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	9
19	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	8
20	Q21.1	Vorhofseptumdefekt	8
21	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	7
22	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	6
23	I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	6
24	I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	5
25	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	5
26	I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	5
27	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	5
28	T84.2	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen	5
29	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	4
30	I08.3	Krankheiten der Mitralk-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	4

B-[6].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	273
2	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	194
3	I21	Akuter Herzinfarkt	148
4	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	67
5	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	44
6	I08	Krankheit mehrerer Herzklappen	38

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
7	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	34
8	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	25
9	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	22
10	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	13
11	I50	Herzschwäche	8
12	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	8
13	D15	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe des Brustkorbes	6
14	I51	Komplikationen einer Herzkrankheit bzw. ungenau beschriebene Herzkrankheit	6
15	I36	Krankheit der rechten Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	5
16	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	5
17	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	5
18	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	4
19	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung - Osteomyelitis	< 4
20	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	< 4
21	I05	Krankheit der linken Vorhofklappe als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken-Bakterien - rheumatische Mitralklappenkrankheit	< 4
22	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	< 4
23	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	< 4
24	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	< 4
25	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	< 4
26	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	< 4
27	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	< 4
28	I23	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Herzinfarkt	< 4
29	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
30	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	< 4

B-[6].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	269
2	I35.0	Aortenklappenstenose	134
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	116
4	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	67
5	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	47
6	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	40
7	I71.0	Dissektion der Aorta	20
8	I08.0	Krankheiten der Mitralklappen- und Aortenklappen, kombiniert	16
9	I08.1	Krankheiten der Mitralklappen- und Trikuspidalklappen, kombiniert	15
10	I20.0	Instabile Angina pectoris	14
11	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	13
12	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	13
13	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	13
14	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	13
15	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	13
16	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	11
17	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	9
18	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	8
19	Q21.1	Vorhofseptumdefekt	8
20	I50.1	Linksherzinsuffizienz	7
21	I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	6

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
22	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	6
23	T84.2	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen	5
24	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	5
25	I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	5
26	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	5
27	I08.3	Krankheiten der Mitrал-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	4
28	I33.9	Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet	4
29	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	< 4
30	I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	< 4

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	474
2	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	452
3	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	238
4	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	187
5	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum	169
6	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	168
7	5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	145
8	5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	99

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	6-004.d	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Levosimendan, parenteral	90
10	5-896.1a	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken	87
11	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	86
12	5-353.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik	80
13	5-370.2	Perikardiotomie und Kardiotomie: Adhäsiolyse am Perikard	71
14	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	70
15	5-371.40	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, offen chirurgisch: Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation	56
16	5-892.0a	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Brustwand und Rücken	55
17	5-349.1	Andere Operationen am Thorax: Sequesterotomie an Rippe oder Sternum	55
18	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	52
19	5-351.12	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	52
20	5-353.2	Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion	50
21	5-379.1	Andere Operationen an Herz und Perikard: Ligatur eines Herzohres	50
22	5-349.3	Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	50
23	8-839.0	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe	48
24	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	44
25	8-152.0	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Perikard	44
26	5-354.12	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Rekonstruktion Chordae tendineae und Papillarmuskeln	41
27	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	41
28	5-343.0	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Exzision von Weichteilen	33
29	8-128	Anwendung eines Systems zur Ableitung von Stuhl	33
30	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	31

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-361	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen	977
2	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	474
3	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	290
4	5-38b	Entnahme von Blutgefäßen zur Verpflanzung (Transplantation) im Rahmen einer Spiegelung	206
5	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	199
6	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen - Valvuloplastik	180
7	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	141
8	5-370	Operative Eröffnung des Herzbeutels (Perikard) bzw. des Herzens	117
9	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	114
10	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	105
11	5-354	Sonstige Operation an Herzklappen	97
12	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	97
13	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	93
14	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	90
15	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	79
16	5-371	Operative Beseitigung oder Durchtrennung des erregungsleitenden Gewebes im Herzen bei schnellem und unregelmäßigem Herzschlag	69
17	5-343	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Brustwand	67
18	5-341	Operativer Einschnitt in das Mittelfell (Mediastinum)	64
19	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	61
20	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	58
21	8-190	Spezielle Verbandstechnik	56
22	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	47

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
23	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeerletzung (minimalinvasiv)	44
24	8-83a	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System	40
25	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	40
26	5-362	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes bei verengten Herzkranzgefäßen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeerletzung (minimalinvasiv)	39
27	8-128	Anwendung eines Systems zur Ableitung von Stuhl	33
28	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	32
29	5-346	Wiederherstellende Operation an der Brustwand	32
30	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	32

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Diagnostik von herzchirurgischen Patienten
2	HZ-AMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Diagnostik von herzchirurgischen Patienten
	<i>In der HZ-Ambulanz erfolgt die komplette prästationäre Vorbereitung von Patienten, die zur herzchirurgischen Therapie an die Klinik überwiesen werden. Bei allen Patienten erfolgt ein präoperatives Screening auf MRSA, bei Bedarf erfolgt eine präoperative Sanierung von kontaminierten Patienten.</i>

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

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,39	16,39	0	0	16,39	57,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,2	9,2	0	0	9,2	102,0

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Herzchirurgie
2	Allgemeinmedizin

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	74	74	0	0	74	12,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,1	1,1	0	0	1,1	852,7

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,85	0,85	0	0	0,85	1103,5
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,8	1,8	0	0	1,8	521,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,54	3,54	0	0	3,54	265,0

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Palliative Care
4	Stroke Unit Care

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

B-[7] Urologische Klinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Urologische Klinik
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/urologische_klinik/index_ger.html

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2200) Urologie

B-[7].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Markus Müller, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 4400
Fax:	0621 / 503 4413
E-Mail:	urologie@klilu.de

B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/urologische_klinik/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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
4	Kinderurologie
5	Neuro-Urologie
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
7	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz <i>Diagnostik und Therapie der postrenalen Niereninsuffizienz</i>
8	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
9	Urologische Implantate
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
11	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
12	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
13	Da-Vinci-System <i>Minimal-invasive Roboter-assistierte radikale Prostatektomie mit dem da-Vinci-System</i>
14	Minimalinvasive endoskopische Operationen
15	Tumorchirurgie
16	Prostatazentrum
17	Schmerztherapie
18	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
19	Spezialsprechstunde
20	Urologische Notfallambulanz / Chirurgische Ambulanz
21	Das Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung 22.03.2017)
22	Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (13.11.2014)

B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	3764
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	468
2	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	444
3	C61	Prostatakrebs	257
4	N20.1	Ureterstein	251
5	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	249
6	N20.0	Nierenstein	221
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	125
8	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	124
9	R33	Unvermögen, trotz Harndrang und voller Blase Urin zu lassen	103
10	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	93
11	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Harnblase	78
12	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	69
13	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	58
14	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	56
15	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	54
16	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	53
17	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	45
18	C65	Nierenbeckenkrebs	38
19	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	38
20	N13.6	Pyonephrose	38
21	N47	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut	38
22	T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	33
23	N32.0	Blasenhalsobstruktion	31
24	A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	30
25	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	26

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
26	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	25
27	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	23
28	N44.0	Hodentorsion	23
29	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	22
30	N12	Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen, die nicht als akut oder anhaltend (chronisch) bezeichnet ist	21

B-[7].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	664
2	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	526
3	C67	Harnblasenkrebs	459
4	C61	Prostatakrebs	257
5	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	249
6	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	155
7	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	124
8	R33	Unvermögen, trotz Harndrang und voller Blase Urin zu lassen	103
9	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	101
10	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	93
11	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	69
12	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	66
13	N35	Verengung der Harnröhre	66
14	T83	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile (z.B. Schlauch zur Harnableitung) oder durch Verpflanzung von Gewebe in den Harn- bzw. Geschlechtsorganen	63
15	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	61
16	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	60
17	N47	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut	38
18	C65	Nierenbeckenkrebs	38
19	N44	Drehung der Hoden mit Unterbrechung der Blutversorgung	37
20	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	36

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
21	C62	Hodenkrebs	27
22	N49	Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	26
23	N30	Entzündung der Harnblase	25
24	N48	Sonstige Krankheit des Penis	24
25	N43	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen	23
26	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	22
27	N12	Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen, die nicht als akut oder anhaltend (chronisch) bezeichnet ist	21
28	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	19
29	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	18
30	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	18

B-[7].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	468
2	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	444
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	257
4	N20.1	Ureterstein	251
5	N40	Prostatahyperplasie	249
6	N20.0	Nierenstein	221
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	125
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	124
9	R33	Harnverhaltung	103
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	93
11	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntens Verhaltens: Harnblase	78
12	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	69
13	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	58

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
14	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	56
15	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	54
16	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	53
17	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	45
18	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	43
19	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	38
20	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	38
21	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	38
22	N13.6	Pyonephrose	38
23	T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	33
24	N32.0	Blasenhalsobstruktion	31
25	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	26
26	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	25
27	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	23
28	N44.0	Hodentorsion	23
29	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	22
30	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	21

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	902
2	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	764
3	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	745

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	497
5	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	305
6	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	242
7	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	232
8	8-110.2	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Niere	221
9	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	203
10	5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	154
11	8-133.1	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung	147
12	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	145
13	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	143
14	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	134
15	8-137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung	127
16	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	116
17	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	115
18	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	97
19	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	95
20	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	87
21	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	84
22	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	82
23	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	81

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	80
25	5-604.42	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	75
26	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	75
27	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	73
28	3-13d.5	Urographie: Retrograd	71
29	1-464.00	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen: Stanzbiopsie der Prostata: Weniger als 20 Zylinder	67
30	8-650	Behandlung mit elektrischem Strom, meist direkt über die Haut	63

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	1164
2	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	1000
3	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	745
4	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	624
5	5-550	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	352
6	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	328
7	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	310
8	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	270
9	3-05c	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After	242
10	8-110	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	230

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
11	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	205
12	5-987	Operation unter Anwendung eines Operations-Roboters	143
13	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	134
14	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	128
15	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	128
16	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	125
17	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	116
18	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	107
19	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	95
20	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	89
21	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	87
22	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	87
23	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	81
24	1-464	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	71
25	8-650	Behandlung mit elektrischem Strom, meist direkt über die Haut	63
26	5-554	Operative Entfernung der Niere	62
27	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	51
28	5-469	Sonstige Operation am Darm	49
29	8-85b	Anwendung von Blutegeln zur Sicherung des Blutabstroms bei Verpflanzung eines Hautlappens mit erhaltenem Blutgefäßanschluss (Lappenplastik) oder bei wieder angenähten Gliedmaßen	40
30	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	39

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Urologische Implantate
	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	VU08 - Kinderurologie
	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VU09 - Neuro-Urologie
	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
	VU17 - Prostatazentrum
	VU18 - Schmerztherapie
	VU13 - Tumorchirurgie
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	VG16 - Urogynäkologie
2	UROLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Urologische Implantate
	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	VU08 - Kinderurologie
	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VU09 - Neuro-Urologie
	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase

2	UROLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	VU17 - Prostatazentrum
	VU18 - Schmerztherapie
	VU14 - Spezialsprechstunde
	VU13 - Tumorchirurgie
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	VG16 - Urogynäkologie
3	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	LEISTUNGEN:
	VU00 - Diagnose und Therapie aller Formen der Inkontinenz inkl. Neuro-Urologie
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	<i>Auf Überweisung durch Urologen: Urethro(-zysto)skopie, Urethradruckprofilmessung, apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung, Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre, Urethrozystographie oder Refluxzystogramm sowie Durchleuchtungen zur diagnostischen Abklärung</i>
4	UROLOGISCHE NOTFALLAMBULANZ / CHIRURGISCHE AMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Diagnostik und Therapie sämtlicher urologischer Notfallpatienten
	<i>Urologische Notfälle außerhalb der regulären Dienstzeiten werden in der Chirurgischen Ambulanz behandelt. Diagnostik und Therapie erfolgen durch Ärzte der Urologie.</i>

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	279
2	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	134
3	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	38
4	5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	19
5	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	14
6	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	12
7	5-630	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	12

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
8	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	9
9	5-636	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters - Sterilisationsoperation beim Mann	6
10	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	6
11	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	4
12	8-110	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	4
13	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	< 4
14	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
15	5-612	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodensackes	< 4
16	5-622	Operative Entfernung eines Hodens	< 4
17	5-621	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	15,71	15,53	0,18	1,58	14,13	266,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,69	9,52	0,17	0,97	8,72	431,7

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Urologie

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumortherapie
2	Andrologie
3	Palliativmedizin
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[7].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	28,26	28,26	0	1	27,26	138,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,72	0,72	0	0	0,72	5227,8
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,04	1,04	0	0,6	0,44	8554,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,91	5,91	0	0,3	5,61	670,9

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

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Master
5	Pflege in der Onkologie
6	Operationsdienst
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement <i>Algesiologische Fachassistenz</i>
5	Deeskalationstraining <i>nach ProDeMa</i>

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[8] Frauenklinik / Geburtshilfe

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenklinik / Geburtshilfe
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen

URL:

http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/gynaekologie_frauenklinik/index_ger.html

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	(2425) Frauenheilkunde
3	(2500) Geburtshilfe

B-[8].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann, Chefarzt seit 01.04.2016
Telefon:	0621 / 503 3251
Fax:	0621 / 503 3271
E-Mail:	gyn@klilu.de

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Manfred Grillo, Chefarzt bis 31.03.2016
Telefon:	0621 / 503 3251
Fax:	0621 / 503 3271
E-Mail:	gyn@klilu.de

Name/Funktion:	Nelli Chamarina, Sektionsleiterin Geburtshilfe
Telefon:	0621 / 503 3278
Fax:	0621 / 503 3288
E-Mail:	geburt@klilu.de

B-[8].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/gynaekologie_frauenklinik/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 nach § 136a SGB V:

Ja

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Gynäkologische Chirurgie
2	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
3	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Endoskopische Operationen <i>Minimal-Invasive-Chirurgie (MIC II)</i>
5	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
7	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
8	Transabdominale Sonographie von Genitalien bei Kindern
9	Vaginoskopie bei Kindern
10	Kindergynäkologie <i>Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen, Blutungsstörungen, endokrinen Erkrankungen, Fehlbildungen und Tumoren</i>
11	Urogynäkologie
12	Plastisch rekonstruktive Eingriffe <i>In Kooperation mit der BG Klinik Ludwigshafen</i>
13	Duplexsonographie
14	Sonographie mit Kontrastmittel
15	Native Sonographie
16	3D und 4D-Sonographie
17	Inkontinenzchirurgie
18	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
19	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
20	Gynäkologische Endokrinologie
21	Pränataldiagnostik und -therapie
22	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes <i>Ambulante und stationäre Betreuung von Risikoschwangerschaften, Geburtsplanung, Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese).</i>
23	Geburtshilfliche Operationen
24	Betreuung von Risikoschwangerschaften
25	Ambulante Entbindung
26	Reproduktionsmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
27	Angebot für werdende Eltern <i>Baby-Massage, Babyschwimmen, Diabetesschulung für Schwangere, Entspannung im Wasser f. Schwangere, Akupunktur, Geburtsvorbereitung, Hypnose, Infoabende f. werdende Eltern, Neugeborenencreening, Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflegekurs, Stillgruppentreffen, Laktationsberatung, Wochenbettbetreuung</i>
28	Geburtsvorbereitende Sprechstunde <i>Sprechstunde Geburtsplanung, Hebammensprechstunde</i>
29	Spezialsprechstunde
30	Gynäkologische Notfallambulanz
31	Das Brustzentrum Ludwigshafen ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung 23.06.2015)
32	Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (13.11.2014)

B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	2745
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	415
2	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	125
3	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	64
4	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	57
5	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	55
6	O75.6	Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung	54
7	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	54
8	O20.0	Drohender Abort	52
9	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	44
10	D27	Gutartiger Eierstocktumor	43
11	O80	Normale Geburt eines Kindes	41

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
12	O99.6	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	39
13	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	38
14	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	37
15	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	35
16	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	32
17	O36.8	Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Feten	27
18	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	27
19	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	26
20	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	26
21	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	24
22	P21.1	Leichte oder mäßige Asphyxie unter der Geburt	24
23	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	24
24	O47.0	Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen	24
25	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	23
26	O06.4	Nicht näher bezeichneter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	20
27	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	20
28	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	20
29	N97.9	Sterilität der Frau, nicht näher bezeichnet	20
30	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	20

B-[8].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	Z38	Neugeborene	415
2	C50	Brustkrebs	215
3	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	95
4	O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	92
5	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	79

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
6	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	75
7	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	75
8	O42	Vorzeitiger Blasensprung	71
9	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	69
10	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit bzw. Entbindung	67
11	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	67
12	O70	Dammriss während der Geburt	54
13	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	50
14	D27	Gutartiger Eierstocktumor	43
15	N97	Unfruchtbarkeit der Frau	42
16	O06	Vom Arzt nicht näher bezeichneter Schwangerschaftsabbruch	41
17	O80	Normale Geburt eines Kindes	41
18	N80	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter	40
19	O47	Wehen, die nicht zur Eröffnung des Muttermundes beitragen - Unnütze Wehen	37
20	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	35
21	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	35
22	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	32
23	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	32
24	P21	Atemstillstand (Asphyxie) des Kindes während der Geburt	30
25	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	30
26	D05	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Brustdrüse	30
27	O23	Entzündung der Harn- bzw. Geschlechtsorgane in der Schwangerschaft	28
28	C54	Gebärmutterkrebs	28
29	D70	Mangel an weißen Blutkörperchen	23
30	O02	Gestörte Schwangerschaft, bei der sich kein Embryo entwickelt oder der Embryo vorzeitig abstirbt	23

B-[8].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	415
2	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	125
3	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	64
4	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	57
5	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	55
6	O75.6	Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung	54
7	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	54
8	O20.0	Drohender Abort	52
9	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	44
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	43
11	O80	Spontangeburt eines Einlings	41
12	O99.6	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	39
13	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	38
14	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	37
15	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	35
16	O26.8	Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft	34
17	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	32
18	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	27
19	O36.8	Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Fetus	27

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
20	O70.0	Damriss 1. Grades unter der Geburt	26
21	O70.1	Damriss 2. Grades unter der Geburt	26
22	O47.0	Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen	24
23	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	24
24	P21.1	Leichte oder mäßige Asphyxie unter der Geburt	24
25	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	23
26	D70.1	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie	22
27	O34.3	Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps	21
28	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	20
29	N97.9	Sterilität der Frau, nicht näher bezeichnet	20
30	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	20

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	348
2	3-05d	Ultraschall der weiblichen Geschlechtsorgane mit Zugang über die Scheide	343
3	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	211
4	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	159
5	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	147
6	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)	122

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	115
8	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	113
9	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	106
10	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	95
11	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	91
12	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	75
13	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	73
14	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	72
15	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	71
16	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	67
17	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	65
18	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	62
19	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	54
20	5-653.32	Salpingoovarektomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	54
21	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal	48
22	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	46
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)	43
24	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	42
25	8-515	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe	40
26	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	34
27	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	29

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	5-683.21	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Vaginal	28
29	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	27
30	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	24

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	559
2	3-05d	Ultraschall der weiblichen Geschlechtsorgane mit Zugang über die Scheide	343
3	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	263
4	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe	198
5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	183
6	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	170
7	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	159
8	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	141
9	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	128
10	5-469	Sonstige Operation am Darm	116
11	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	106
12	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	90
13	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	89
14	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	85
15	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	76
16	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	72
17	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	71
18	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	65
19	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	63

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
20	5-667	Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas	54
21	5-872	Komplette operative Entfernung der Brustdrüse	48
22	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt	47
23	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	43
24	8-515	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe	40
25	5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	39
26	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	37
27	5-886	Sonstige wiederherstellende Operation an der Brustdrüse	30
28	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Sauglocke	28
29	5-877	Operative Entfernung des Brustdrüsenkörpers ohne Haut, Brustwarze und Warzenvorhof und hautsparendes Operationsverfahren	27
30	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	26

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG16 - Urogynäkologie
2	SPRECHSTUNDE IM RAHMEN DER GEBURTSHILFE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG00 - Geburtsplanung
	VG00 - Risikoschwangerschaft (Amniozentese/Fruchtwasseruntersuchung)

2	SPRECHSTUNDE IM RAHMEN DER GEBURTSHILFE
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
3	GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Überweisung durch Frauenärzte erforderlich. Die Geburtsplanung kann nur durch Überweisung durch Frauenärzte erfolgen.</i>
4	BRUSTSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG00 - Chemoambulanz
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
	<i>Erbringung folgender Leistungen auf Überweisung: Stanzbiopsie d. Brust unter Ultraschall- u. Mammographiesicht, sonograph. u. mammograph. Untersuchung v. Brustdrüsen, ggf. inkl. regionaler Lymphknoten (bei Indikation MRT). Bei Erstzuweisung ist eine Überweisung durch einen Vertragsarzt erforderlich</i>
5	ENDOMETRIOSESPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	<i>Überweisung durch Frauenärzte erforderlich</i>
6	INKONTINENZSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

6	INKONTINENZSPRECHSTUNDE
	LEISTUNGEN:
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Überweisung durch Frauenärzte erforderlich</i>
7	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Diagnostik und Therapie von Harninkontinenz sowie von Senkungen des Beckenbodens</i>
8	DYSPLASIESPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	<i>Überweisung durch Frauenärzte erforderlich</i>
9	KINDERGYNÄKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG00 - Fehlbildungen und Tumoren
	VG00 - Endokrinologische Erkrankungen
	VG00 - Diagnostik und Therapie bei Blutungsstörungen
	VG00 - Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen
10	GYNÄKOLOGISCHE NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	126
2	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	111
3	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	67

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
4	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt	45
5	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	31
6	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	15
7	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	6
8	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	5
9	5-663	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters - Sterilisationsoperation bei der Frau	4
10	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	< 4
11	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe	< 4
12	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	< 4
13	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	< 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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	13,49	13,49	0	1,95	11,54	237,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,67	7,67	0	1,06	6,61	415,3

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumortherapie

B-[8].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	19,95	19,95	0	1	18,95	144,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3	3	0	0	3	915,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,08	0,08	0	0	0,08	34312,5
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,26	0,26	0	0	0,26	10557,7
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,96	5,96	0	0	5,96	460,6
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,43	0,43	0	0	0,43	6383,7

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,4	2,4	0	0,27	2,13	1288,7
--	-----	-----	---	------	------	--------

B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Master
5	Pflege in der Onkologie
6	Operationsdienst
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
9	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement <i>Algesiologische Fachassistenz</i>
5	Deeskalationstraining <i>nach ProDeMa</i>
6	Still- und Laktationsberatung <i>z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[9] Hals-Nasen-Ohren-Klinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-Nasen-Ohren-Klinik
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/hals_nasen_ohren_klinik/index_ger.html

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[9].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Klaus-Wolfgang Delank, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3401
Fax:	0621 / 503 3403
E-Mail:	hno@klilu.de

B-[9].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/hals_nasen_ohren_klinik/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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	Mittelohrchirurgie
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
5	Cochlearimplantation
6	Schwindeldiagnostik/-therapie
7	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
9	Phoniatrie
10	Pädaudiologie
11	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
13	Interdisziplinäre Tumornachsorge
14	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
15	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
17	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
18	Transnasaler Verschluss von Liquorzysten
19	Schnarchoperationen
20	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
21	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
22	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
23	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
24	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
25	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
26	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
27	Laserchirurgie
28	Diagnostik und Therapie von Allergien
29	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Schädelbasis
30	Spezialsprechstunde
31	Notfallmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 32 Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Erstzertifizierung 07.06.2016)

B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	3597
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	230
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	194
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	161
4	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	121
5	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	109
6	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	100
7	R04.0	Epistaxis	98
8	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	83
9	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	82
10	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	77
11	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	71
12	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	69
13	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	66
14	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	63
15	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	60
16	G51.0	Fazialisparese	56
17	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	53
18	S02.2	Nasenbeinfraktur	49
19	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	46
20	H81.2	Neuropathia vestibularis	37

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
21	J37.0	Chronische Laryngitis	35
22	J38.4	Larynxödem	34
23	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	33
24	R42	Schwindel bzw. Taumel	29
25	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	28
26	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	28
27	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	27
28	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	27
29	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	27
30	Q67.4	Sonstige angeborene Deformitäten des Schädels, des Gesichtes und des Kiefers	27

B-[9].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	330
2	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	292
3	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	256
4	H91	Sonstiger Hörverlust	158
5	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	143
6	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	109
7	C32	Kehlkopfkrebs	108
8	J03	Akute Mandelentzündung	104
9	R04	Blutung aus den Atemwegen	101
10	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	90
11	H66	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung	87
12	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	85
13	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	83
14	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes	77
15	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	72
16	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	72

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
17	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	56
18	C44	Sonstiger Hautkrebs	45
19	H60	Entzündung des äußeren Gehörganges	44
20	D10	Gutartiger Tumor des Mundes bzw. des Rachens	42
21	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	36
22	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildung des Gesichtes bzw. des Halses	36
23	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	35
24	J37	Anhaltende (chronische) Entzündung des Kehlkopfes bzw. der Luftröhre	35
25	H65	Nichteitrige Mittelohrentzündung	32
26	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	31
27	H70	Entzündung des Warzenfortsatzes beim Ohr bzw. ähnliche Krankheiten	31
28	J95	Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	30
29	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	30
30	R42	Schwindel bzw. Taumel	29

B-[9].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	230
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	194
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	161
4	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	121
5	J36	Peritonsillarabszess	109
6	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	100
7	R04.0	Epistaxis	98
8	H71	Cholesteatom des Mittelohres	83
9	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	82
10	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	77
11	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	71
12	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	69

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
13	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	66
14	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	63
15	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	60
16	G51.0	Fazialisparese	56
17	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	53
18	S02.2	Nasenbeinfraktur	49
19	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	46
20	H81.2	Neuropathia vestibularis	37
21	J37.0	Chronische Laryngitis	35
22	J38.4	Larynxödem	34
23	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	33
24	G47.3	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	29
25	R42	Schwindel und Taumel	29
26	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	28
27	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	28
28	Q67.4	Sonstige angeborene Deformitäten des Schädels, des Gesichtes und des Kiefers	27
29	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	27
30	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	27

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	1080
2	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	567
3	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	510
4	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	491

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	463
6	8-506	Wechsel bzw. Entfernung von eingebrachten Verbandstoffen (Tamponaden) bei Blutungen	431
7	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	428
8	1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt	417
9	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	412
10	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	407
11	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch (AEP)	352
12	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	333
13	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	318
14	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	231
15	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	185
16	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	165
17	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	160
18	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	149
19	5-983	Erneute Operation	149
20	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	147
21	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	145
22	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	126
23	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	119
24	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszessonsillektomie	107
25	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	104
26	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	92
27	1-422.1	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Hypopharynx	89
28	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	81

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	5-985.0	Lasertechnik: Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser	77
30	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	76

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	1080
2	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	793
3	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	739
4	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	567
5	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	517
6	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	508
7	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	491
8	8-506	Wechsel bzw. Entfernung von eingebrachten Verbandstoffen (Tamponaden) bei Blutungen	431
9	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	428
10	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	414
11	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	412
12	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	364
13	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	345
14	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	275
15	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	263
16	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	220
17	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	187
18	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	184
19	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	175

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
20	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	156
21	5-983	Erneute Operation	149
22	5-189	Sonstige Operation am äußeren Ohr	148
23	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	133
24	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	126
25	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	112
26	1-421	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Kehlkopf ohne operativen Einschnitt	109
27	5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	108
28	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	90
29	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	90
30	5-205	Sonstige operative Entfernung an Mittel- bzw. Innenohr	80

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VH00 - Tumornachsorge
	VH00 -
	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
	VH26 - Laserchirurgie
	VH04 - Mittelohrchirurgie
	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
2	PHONIATRIE UND PÄDAUDIOLOGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VH00 - Leistungen der Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
	VH00 - Phoniatrie
	VH27 - Pädaudiologie
	<i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte (Allgemeinärzte/Praktische Ärzte, HNO-Ärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte und Neurologen)</i>
3	HNO-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VH00 -
	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
	VH26 - Laserchirurgie
	VH04 - Mittelohrchirurgie
	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres

3	HNO-AMBULANZ
	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
	Überweisung durch niedergelassenen Facharzt für HNO-Heilkunde
4	NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	283
2	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	221
3	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	76
4	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	69
5	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	62
6	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	51
7	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	25
8	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	18
9	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	10
10	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	9
11	5-184	Operative Korrektur absteherender Ohren	8
12	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	8
13	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	7
14	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speicheldrüsenausführungsganges, z.B. zur Entfernung eines Speichelsteines	4
15	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
16	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	< 4
17	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	< 4
18	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
19	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
20	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	< 4
21	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	< 4
22	5-202	Operativer Einschnitt in den Warzenfortsatz bzw. das Mittelohr	< 4
23	5-905	Hautverpflanzung mit zugehörigen blutversorgenden Gefäßen und Nerven[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4
24	5-211	Operativer Einschnitt in die Nase	< 4

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

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,06	16,03	0,03	3,66	12,4	290,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,52	9,49	0,03	2,16	7,36	488,7

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
2	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Plastische Operationen
2	Medikamentöse Tumorthapie

B-[9].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	35,39	35,39	0	2	33,39	107,7
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,13	0,13	0	0	0,13	27669,2
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,7	0,7	0	0	0,7	5138,6
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,99	0,99	0	0	0,99	3633,3
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,91	1,91	0	0,54	1,37	2625,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,84	5,84	0	0	5,84	615,9

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

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
3	Pflege in der Onkologie
4	Operationsdienst
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Kinästhetik
4	Qualitätsmanagement
5	Palliative Care

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[10] Augenklinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Augenklinik
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/augenklinik/index_ger.html

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2700) Augenheilkunde

B-[10].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Lars-Olof Hattenbach, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3051
Fax:	0621 / 503 3081
E-Mail:	auge@klilu.de

B-[10].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/augenlinik/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 nach § 136a SGB V:

Ja

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Laserchirurgie des Auges
2	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
8	Spezialsprechstunde <i>Augenambulanz, Privatsprechstunde Augenambulanz</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
11	Ophthalmologische Rehabilitation
12	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
13	Anpassung von Sehhilfen
14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
16	Plastische Chirurgie
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
18	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
19	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula

B-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	2329
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	493
2	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	247
3	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	227
4	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	194
5	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	163
6	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	64
7	H43.1	Glaskörperblutung	57
8	H40.0	Glaukomverdacht	55
9	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	53
10	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	52
11	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	43

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
12	H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	40
13	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	27
14	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	26
15	H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	26
16	H27.0	Aphakie	25
17	H02.3	Blepharochalasis	25
18	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	23
19	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	19
20	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	19
21	H20.0	Akute und subakute Iridozyklitis	18
22	H35.6	Netzhautblutung	18
23	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	18
24	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	16
25	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	16
26	H33.2	Seröse Netzhautablösung	15
27	B00.5	Augenkrankheit durch Herpesviren	14
28	H16.0	Ulcus corneae	14
29	H00.0	Hordeolum und sonstige tiefe Entzündung des Augenlides	13
30	E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	12

B-[10].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	H25	Grauer Star im Alter - Katarakt	540
2	H33	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss des Auges	402
3	H40	Grüner Star - Glaukom	367
4	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	271
5	H34	Verschluss einer Ader in der Netzhaut des Auges	101
6	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	90
7	H26	Sonstiger Grauer Star	70
8	H43	Krankheit bzw. Veränderung des Glaskörpers des Auges	65
9	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdeile (z. B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	53

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
10	H47	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Sehnervs oder der Sehbahn	38
11	H18	Sonstige Krankheit oder Veränderung der Hornhaut des Auges	32
12	H27	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse	26
13	H20	Entzündung der Regenbogenhaut (Iris) bzw. des Strahlenkörpers des Auges	20
14	S05	Verletzung des Auges bzw. der knöchernen Augenhöhle	19
15	C44	Sonstiger Hautkrebs	19
16	H16	Entzündung der Hornhaut des Auges - Keratitis	18
17	H44	Krankheit bzw. Veränderung des Augapfels	17
18	H00	Gerstenkorn bzw. Hagelkorn	15
19	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	15
20	B00	Infektionskrankheit, ausgelöst durch Herpesviren	15
21	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	13
22	H59	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Auges oder zugehöriger Strukturen wie Lider oder Augenmuskeln nach medizinischen Maßnahmen	10
23	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	8
24	H11	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindehaut des Auges	8
25	H50	Sonstiges Schielen	7
26	T26	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge bzw. zugehörige Strukturen wie Lider oder Augenmuskeln	6
27	H21	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Regenbogenhaut (Iris) oder des Strahlenkörpers des Auges	5
28	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	5
29	H53	Sehstörung	4
30	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	4

B-[10].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	493
2	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	247
3	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	227

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
4	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	194
5	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	163
6	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	64
7	H43.1	Glaskörperblutung	57
8	H40.0	Glaukomverdacht	55
9	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	53
10	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	52
11	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	43
12	H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	40
13	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	27
14	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	26
15	H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	26
16	H27.0	Aphakie	25
17	H02.3	Blepharochalasis	25
18	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	23
19	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	19
20	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	19
21	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	18
22	H35.6	Netzhautblutung	18
23	H20.0	Akute und subakute Iridozyklitis	18
24	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	16
25	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	16
26	H33.2	Seröse Netzhautablösung	15
27	H16.0	Ulcus corneae	14
28	B00.5	Augenkrankheit durch Herpesviren	14
29	H00.0	Hordeolum und sonstige tiefe Entzündung des Augenlides	13
30	E11.3	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen	13

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	710
2	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	618
3	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	326
4	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	275
5	5-985.0	Lasertechnik: Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser	247
6	5-158.43	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölimplantation	177
7	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	165
8	5-983	Erneute Operation	160
9	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölentfernung	126
10	5-156.1	Andere Operationen an der Retina: Retinektomie	112
11	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	105
12	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	97
13	1-999.1	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren	94
14	3-690	Röntgendarstellung der Gefäße am Auge mit Kontrastmittel	79
15	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	77
16	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	72
17	5-157.0	Andere Operationen an der Choroidea: Subretinale Drainage	70
18	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	65
19	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	63

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	58
21	5-155.0	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Diathermie	58
22	5-160.3	Orbitotomie: Transkutane anteriorer Zugang	53
23	5-093.3	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Operation an den Lidretraktoren	51
24	5-154.0	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Kryopexie	51
25	5-137.4	Andere Operationen an der Iris: Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)	48
26	5-158.41	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Luft	48
27	5-142.1	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie, chirurgisch	44
28	5-096.x	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Sonstige	41
29	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	41
30	5-147.1	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse: Revision einer Hinterkammerlinse	40

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-158	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper	794
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	728
3	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	703
4	3-300	Spezielles bildgebendes Untersuchungsverfahren, das beispielsweise zur Untersuchung des Augenhintergrundes eingesetzt wird	326
5	1-220	Messung des Augeninnendruckes	275
6	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	273
7	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	269
8	5-156	Sonstige Operation an der Netzhaut	236
9	5-983	Erneute Operation	160
10	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch eine ableitende Operation	122

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
11	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	112
12	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	102
13	1-999	Zusatzinformationen zu Untersuchungen	94
14	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	87
15	3-690	Röntgendarstellung der Gefäße am Auge mit Kontrastmittel	79
16	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	74
17	5-157	Sonstige Operation an der Aderhaut	71
18	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	71
19	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	70
20	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	70
21	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	68
22	5-160	Operative Eröffnung der Augenhöhle	56
23	5-147	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Augenlinse	51
24	5-097	Lidstraffung	48
25	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z. B. aus Gelenken	41
26	5-138	Operation an der Lederhaut des Auges (Sklera)	40
27	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	39
28	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	29
29	9-984	Pflegebedürftigkeit	28
30	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	25

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	VA00 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA18 - Laserchirurgie des Auges
	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
	VA15 - Plastische Chirurgie
2	AUGENAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VA00 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

2	AUGENAMBULANZ
	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA18 - Laserchirurgie des Auges
	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
	VA15 - Plastische Chirurgie

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	1233
2	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	221
3	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	130
4	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	110
5	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	62
6	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	27
7	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	11
8	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	5
9	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	5
10	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	4
11	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	< 4
12	5-149	Sonstige Operation an der Augenlinse	< 4
13	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	< 4
14	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	< 4
15	5-095	Nähen des Augenlides	< 4
16	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	< 4

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,69	12,57	0,12	3,06	9,63	241,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,7	5,57	0,13	1,36	4,34	536,6

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Augenheilkunde

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	21,69	21,69	0	1,5	20,19	115,4
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,1	1,1	0	0	1,1	2117,3

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,53	1,53	0	0	1,53	1522,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,04	7,04	0	1,04	6	388,2

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Kinästhetik
4	Palliative Care

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[11] Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/neurologische_klinik/index_ger.html

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2800) Neurologie
2	(2856) Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten

B-[11].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Armin Grau, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 4200
Fax:	0621 / 503 4202
E-Mail:	neurologie@klilu.de

B-[11].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/neurologische_klinik/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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
2	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
3	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
5	Diagnostik und Therapie seltener Stoffwechselleiden
6	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
7	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
9	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
11	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
16	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
17	Spezialsprechstunde <i>1. Pat. mit Multipler Sklerose, entzündlichen Erkrankungen des zentralen Nervensystems 2. Botulinomtoxintherapie für Pat. mit Dystonien oder Spastik 3. Klinische, elektromyographische Untersuchungen bei Pat. mit neuromuskulären Erkrankungen 4. Ultraschalluntersuchungen der hirnversorgenden Arterien</i>
18	Medizinische Notaufnahme <i>Behandlung aller Notfallpatienten der Medizinischen Klinik A, Medizinischen Klinik B, Medizinischen Klinik C sowie der Neurologischen Klinik.</i>
19	Stroke Unit <i>Die überregionale Stroke Unit (Schlaganfall-Spezialstation) ist das Spezialzentrum zur Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz.</i>
20	Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (13.11.2014)

B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	3740
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	474
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	383
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	184
4	G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)	153
5	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	123
6	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	105
7	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	64
8	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	62
9	R20.1	Hypästhesie der Haut	60
10	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	59
11	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	53
12	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	41
13	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	37
14	R42	Schwindel bzw. Taumel	33
15	R51	Kopfschmerz	31
16	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	30
17	G44.2	Spannungskopfschmerz	30
18	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	30
19	H81.2	Neuropathia vestibularis	29

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
20	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	29
21	G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]	27
22	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	27
23	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	27
24	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	26
25	G70.0	Myasthenia gravis	26
26	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	26
27	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	25
28	R20.2	Parästhesie der Haut	25
29	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	25
30	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	23

B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	1081
2	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	404
3	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	362
4	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	182
5	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	97
6	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	86
7	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	85
8	G20	Parkinson-Krankheit	74
9	G43	Migräne	59
10	G44	Sonstiger Kopfschmerz	44
11	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	40
12	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	37
13	G04	Entzündung des Gehirns bzw. des Rückenmarks	36
14	R42	Schwindel bzw. Taumel	33
15	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	31

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
16	R51	Kopfschmerz	31
17	G30	Alzheimer-Krankheit	29
18	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	28
19	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	27
20	G61	Entzündung mehrerer Nerven	27
21	G70	Krankheit mit gestörter Übermittlung der Botenstoffe zwischen Nerv und Muskel, z.B. Myasthenie	26
22	G91	Wasserkopf	25
23	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	23
24	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	22
25	S06	Verletzung des Schädelinneren	21
26	G12	Rückbildung von Muskeln (Muskelatrophie) durch Ausfall zugehöriger Nerven bzw. verwandte Störung	21
27	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	19
28	D43	Tumor des Gehirns bzw. des Rückenmarks ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	19
29	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	18
30	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	18

B-[11].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	474
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	383
3	G45.1	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)	246
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	153
5	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	123

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
6	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	105
7	G35.1	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf	94
8	G45.0	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik	85
9	R20.1	Hypästhesie der Haut	60
10	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	53
11	G35.3	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf	47
12	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	41
13	G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung	38
14	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	37
15	G45.9	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet	33
16	R42	Schwindel und Taumel	33
17	R51	Kopfschmerz	31
18	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	30
19	G44.2	Spannungskopfschmerz	30
20	G62.8	Critical-illness-Polyneuropathie	29
21	H81.2	Neuropathia vestibularis	29
22	R55	Synkope und Kollaps	27
23	G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]	27
24	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	27
25	G70.0	Myasthenia gravis	26
26	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	26
27	R20.2	Parästhesie der Haut	25
28	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	25

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	23
30	G91.2	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus	23

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	2356
2	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	2034
3	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	982
4	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	881
5	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	687
6	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch (SSEP)	595
7	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	549
8	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	446
9	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	394
10	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	317
11	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	260
12	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell (VEP)	237
13	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	172
14	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	163
15	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch	149
16	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	114
17	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	75
18	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	65

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	9-200.0	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte	46
20	9-984.2	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)	41
21	1-902.1	Testpsychologische Diagnostik: Komplex	32
22	9-984.4	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe	32
23	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	30
24	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	27
25	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	21
26	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	20
27	8-97d.1	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	16
28	1-902.0	Testpsychologische Diagnostik: Einfach	15
29	1-207.2	Elektroenzephalographie (EEG): Video-EEG (10/20 Elektroden)	14
30	1-613	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	13

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	2356
2	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	2056
3	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	1275
4	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	982
5	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	981
6	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	695
7	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	549
8	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	446
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	370

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
10	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	329
11	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z. B. aus Gelenken	260
12	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	179
13	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	92
14	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	75
15	8-151	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Gehirn, Rückenmark oder im Bereich des Auges mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	65
16	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	50
17	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	47
18	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	25
19	8-97d	Fachübergreifende Behandlung sonstiger lang andauernder Krankheiten	23
20	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	21
21	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	20
22	1-613	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	13
23	1-901	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation	13
24	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	13
25	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	11
26	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	10
27	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	6
28	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	5

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
29	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	5
30	8-97e	Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Arzneimittelpumpen	< 4

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	VN23 - Schmerztherapie
2	AMBULANZ FÜR MULTIPLE SKLEROSE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VN00 - Behandlung symptomatischer Beschwerden
	VN00 - Indikationsprüfung einer immunmodulatorischen Therapie
	VN00 - Therapieeinleitung und Überwachung
	VN00 - Differentialdiagnostische Abklärung einer Multiplen Sklerose
	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
	<i>Auf Überweisung durch Nervenärzte und Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.</i>

3	BOTULINUMTOXIN-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VN00 - Behandlung von Hemispasmus, Blepharospasmus, fokalen Dystonien und Spastik der Extremitäten
	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
	<i>Auf Überweisung durch Neurologen und Nervenärzte: Ambulante Behandlung extrapyramidaler Erkrankungen mit Botulinus-Toxin unter EMG-Kontrolle</i>
4	NEUROPHYSIOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VN00 - Differentialdiagnostische Abgrenzung zu funktionellen Störungen
	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
	<i>Auf Überweisung durch Nervenärzte und Neurologen: - Elektromyographische Untersuchungen mit Neurographie - Messung visuell, akustisch und / oder somatosensibel evozierter Hirmpotentiale oder magnetisch evozierter Potentiale</i>
5	GEFÄßAMBULANZ NEUROLOGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VN00 - Verlaufskontrolle komplizierter, komplexer neurovaskulärer Befunde
	VN00 - Indikationsstellung zur Intervention neurovaskulärer Befunde
	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	<i>Überweisung durch Neurologen erforderlich</i>
6	NEUROSENOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
7	MEDIZINISCHE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
	<i>Behandlung aller Notfallpatienten der Medizinischen Klinik A, Medizinischen Klinik B, Medizinischen Klinik C sowie der Neurologischen Klinik. Ein Arzt der Neurologischen Klinik ist rund um die Uhr verfügbar.</i>

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

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

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

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

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	28,53	28,53	0	3,33	25,2	148,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,3	8,3	0	0,96	7,34	509,5

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Geriatric
2	Intensivmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	47,47	47,47	0	1,27	46,2	81,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,1	2,1	0	0	2,1	1781,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1	1	0	0	1	3740,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,22	1,22	0	0	1,22	3065,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,91	1,91	0	0	1,91	1958,1

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

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Stroke Unit Care

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

B-[12] Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/klinik_fuer_strahlentherapie/index_ger.html

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3200) Nuklearmedizin
2	(3300) Strahlenheilkunde

B-[12].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Schnabel, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3800
Fax:	0621 / 503 3838
E-Mail:	strahlen@klilu.de

B-[12].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/klinik_fuer_strahlentherapie/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 nach § 136a SGB V:

Ja

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Oberflächenstrahlentherapie
2	Orthovoltstrahlentherapie
3	Hochvoltstrahlentherapie
4	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
5	Radioaktive Moulagen
6	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
7	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
9	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
	<i>Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>
10	Szintigraphie
	<i>Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>
11	Therapie mit offenen Radionukliden
	<i>Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>
12	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
	<i>Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>
13	Radiojodtherapie
	<i>Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.</i>

B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	947
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	209
2	C73	Schilddrüsenkrebs	106
3	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	90
4	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	80
5	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	47
6	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	36
7	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	33
8	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	26
9	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	25
10	C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	15
11	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	14
12	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	13
13	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	12
14	C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	11
15	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	11
16	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	9
17	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	9
18	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	8
19	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	7
20	C01	Krebs des Zungengrundes	7
21	C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet	6
22	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	6
23	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	6
24	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
25	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	6
26	C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend	5
27	C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	5
28	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	5
29	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	5
30	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	5

B-[12].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	E05	Schilddrüsenüberfunktion	325
2	C73	Schilddrüsenkrebs	106
3	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	90
4	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	77
5	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	76
6	C15	Speiseröhrenkrebs	60
7	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	19
8	C53	Gebärmutterhalskrebs	19
9	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	17
10	C32	Kehlkopfkrebs	15
11	C16	Magenkrebs	11
12	C04	Mundbodenkrebs	11
13	C51	Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	11
14	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	11
15	C50	Brustkrebs	10
16	C09	Krebs der Gaumenmandel	8
17	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	8
18	C02	Sonstiger Zungenkrebs	7
19	C01	Krebs des Zungengrundes	7
20	C44	Sonstiger Hautkrebs	5
21	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	5
22	C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
23	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	4
24	C54	Gebärmutterkrebs	4
25	C71	Gehirnkrebs	< 4
26	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in einem oder mehreren Lymphknoten	< 4
27	C30	Krebs der Nasenhöhle bzw. des Mittelohres	< 4
28	C11	Krebs im Bereich des Nasenrachens	< 4
29	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	< 4
30	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Nicht follikuläres Lymphom	< 4

B-[12].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	209
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	106
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	90
4	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	80
5	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	47
6	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	36
7	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	33
8	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	26
9	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	25
10	C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	15
11	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	14
12	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	13

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
13	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	12
14	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	11
15	C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	11
16	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	9
17	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	9
18	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	8
19	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	7
20	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	7
21	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	6
22	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	6
23	C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet	6
24	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	6
25	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	6
26	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	5
27	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	5
28	C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend	5
29	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	5
30	C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	5

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	3462
2	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	377
3	8-528.9	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan	281
4	8-531.00	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	264
5	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	193
6	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	181
7	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	112
8	3-70c.00	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	103
9	8-531.10	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	103
10	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	87
11	3-709.x	Szintigraphie des Lymphsystems: Sonstige	86
12	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	75
13	3-70x	Bildgebende Verfahren zur Darstellung sonstiger Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	73
14	8-542.31	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 1 Medikament	70
15	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	68
16	8-528.8	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, ohne 3D-Plan	62
17	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	61

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	8-542.51	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	56
19	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	52
20	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	49
21	3-705.1	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Mehr-Phasen-Szintigraphie	48
22	8-542.41	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 1 Medikament	39
23	8-531.11	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinatem Thyreotropin (rh-TSH)	38
24	8-522.c0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	29
25	8-522.30	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	27
26	3-703.2	Szintigraphie der Lunge: Perfusions- und Ventilationsszintigraphie	24
27	8-543.21	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	23
28	8-531.21	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie mit 5 und mehr GBq I-131: Mit Gabe von rekombinatem Thyreotropin (rh-TSH)	23
29	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	22
30	8-542.32	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	22

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	3786
2	8-531	Strahlenbehandlung von Schilddrüsenkrankheiten mit radioaktivem Jod	434
3	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	377
4	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	375

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
5	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	343
6	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	229
7	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	148
8	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	135
9	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	112
10	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	103
11	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	90
12	3-70x	Bildgebende Verfahren zur Darstellung sonstiger Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	73
13	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	69
14	3-703	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	26
15	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	25
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	20
17	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	17
18	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	13
19	8-018	Künstliche Ernährung über die Vene als medizinische Nebenbehandlung	10
20	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	9
21	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	7
22	3-704	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung (Radionuklidventrikulographie)	6
23	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	5

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
24	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	4
25	1-481	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen ohne operativen Einschnitt mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	4
26	5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	< 4
27	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	< 4
28	3-05c	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After	< 4
29	8-016	Künstliche Ernährung über die Vene als medizinische Hauptbehandlung	< 4
30	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	< 4

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
2	MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM LUDWIGSHAFEN - KLINIK FÜR STRAHLENTHERAPIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie

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

B-[12].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	6,11	6,11	0	2,08	4,03	235,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,65	2,65	0	0,9	1,75	541,1

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Strahlentherapie

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	14,13	14,13	0	0	14,13	67,0

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,09	0,09	0	0	0,09	10522,2
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,01	0,01	0	0	0,01	94700,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,14	0,14	0	0	0,14	6764,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,18	1,18	0	0,68	0,5	1894,0

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pflege in der Onkologie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Qualitätsmanagement

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[13] Hautklinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hautklinik
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/hautklinik/index_ger.html

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3400) Dermatologie

B-[13].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Edgar Dippel, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3351
Fax:	0621 / 503 3366
E-Mail:	hautklinik@klilu.de

B-[13].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/hautklinik/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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
2	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
3	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von Allergien
5	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
6	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
7	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
12	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
13	Dermatochirurgie
14	Dermatohistologie
15	Dermatologische Lichttherapie
16	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
17	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
20	Operationen von Lidtumoren
21	Wundheilungsstörungen
22	Konservative und operative Therapie des Ulcus cruris
23	Diagnostik und Therapie der männlichen Genitalorgane
24	Ästhetische Dermatologie
25	Spezialsprechstunde <i>Kindersprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Melanomsprechstunde, Lymphomsprechstunde, Warzensprechstunde, Kryotherapiesprechstunde, Tumorsprechstunde, Lasersprechstunde, Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Nagelsprechstunde</i>
26	Notfallambulanz
27	Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung 22.07.2015)

B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	2738
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	804
2	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	124
3	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	122
4	A46	Wundrose - Erysipel	94
5	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	76
6	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	61
7	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	56
8	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	54
9	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	54
10	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	45
11	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	44
12	L40.0	Psoriasis vulgaris	43
13	L97	Geschwür am Unterschenkel	40
14	B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	38
15	L12.0	Bullöses Pemphigoid	37
16	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	37
17	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	36
18	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	35
19	L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	28
20	L57.0	Aktinische Keratose	28

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
21	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	27
22	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	26
23	B02.9	Zoster ohne Komplikation	25
24	T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	23
25	L30.0	Nummuläres Ekzem	19
26	L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	19
27	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	19
28	L50.8	Sonstige Urtikaria	19
29	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	18
30	D03.6	Melanoma in situ der oberen Extremität, einschließlich Schulter	15

B-[13].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C44	Sonstiger Hautkrebs	1299
2	C43	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom	235
3	A46	Wundrose - Erysipel	94
4	D03	Örtlich begrenzter schwarzer Hautkrebs - Melanoma in situ	93
5	L30	Sonstige Hautentzündung	83
6	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	77
7	L40	Schuppenflechte - Psoriasis	70
8	D04	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Haut	50
9	L97	Geschwür am Unterschenkel	40
10	L12	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphigoidkrankheit	37
11	L20	Milchschorf bzw. Neurodermitis	30
12	L57	Hautveränderung durch anhaltende (chronische) nichtionisierende Strahlung wie Sonnenlicht	29
13	L27	Hautentzündung durch Substanzen, die über den Mund, den Darm oder andere Zufuhr aufgenommen wurden	29
14	L50	Nesselsucht	27
15	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	26
16	I83	Krampfadern der Beine	26

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
17	L73	Sonstige Krankheit im Bereich der Haaransätze (Haarfollikel)	23
18	D23	Sonstige gutartige Tumoren der Haut	23
19	T88	Sonstige Komplikationen bei Operationen bzw. medizinischer Behandlung	23
20	I87	Sonstige Venenkrankheit	18
21	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	17
22	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	17
23	D22	Vermehrte, gutartige Produktion von Körperfarbstoffen durch die Pigmentzellen der Haut	17
24	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	15
25	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	14
26	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen, oder natürliche Killerzellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht - Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	13
27	L28	Lang anhaltende (chronische) juckende Krankheit mit lederartigen Hautveränderungen bzw. sonstige stark juckende Hautkrankheit	13
28	L10	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphiguskrankheit	12
29	L98	Sonstige Krankheit der Haut bzw. der Unterhaut	11
30	L94	Sonstige örtlich begrenzte Krankheit des Bindegewebes	11

B-[13].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	804
2	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	124
3	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	122
4	A46	Erysipel [Wundrose]	94
5	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	76

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
6	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	61
7	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	56
8	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	54
9	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	54
10	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	45
11	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	44
12	L40.0	Psoriasis vulgaris	43
13	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	40
14	B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	38
15	L12.0	Bullöses Pemphigoid	37
16	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	37
17	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	36
18	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	35
19	L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	28
20	L57.0	Aktinische Keratose	28
21	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	27
22	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	26
23	B02.9	Zoster ohne Komplikation	25
24	T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	23
25	L30.0	Nummuläres Ekzem	19
26	L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	19

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
27	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	19
28	L50.8	Sonstige Urtikaria	19
29	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	18
30	D03.7	Melanoma in situ der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	15

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	942
2	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	861
3	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	474
4	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	442
5	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	422
6	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	393
7	5-913.54	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	308
8	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	216
9	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	199
10	5-913.24	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	171
11	5-895.1a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	164

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	158
13	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	152
14	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	143
15	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	127
16	5-913.b4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Sonstige Teile Kopf	123
17	5-916.7a	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	93
18	5-895.1f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	91
19	1-490.4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Rumpf	87
20	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	84
21	5-902.24	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	81
22	5-913.5a	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Brustwand und Rücken	72
23	1-490.5	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Oberschenkel	69
24	5-916.7f	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	65
25	8-191.40	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Überknüpfpolsterverband, großflächig: Ohne Immobilisation durch Gipsverband	64
26	1-415	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gesichtshaut ohne operativen Einschnitt	62
27	8-560.3	Lichttherapie: Lichttherapie UVA 1	62
28	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	61
29	5-895.15	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hals	59
30	8-560.4	Lichttherapie: Photodynamische Therapie (PDT)	55

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	1829
2	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	1751
3	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	1618
4	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	1114
5	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	484
6	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	457
7	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	372
8	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	324
9	5-181	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	270
10	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	230
11	5-915	Operatives Entfernen von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	199
12	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	164
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	158
14	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	143
15	5-389	Sonstiger operativer Verschluss an Blutgefäßen	68
16	1-415	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gesichtshaut ohne operativen Einschnitt	62
17	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	43
18	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	42
19	8-030	Bestimmtes Verfahren im Rahmen der Behandlung einer Allergie z.B. Hyposensibilisierung	34
20	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	34
21	5-919	Operative Versorgung von mehreren Tumoren an einer Hautregion während einer einzigen Operation	32
22	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	30

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
23	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Narkose (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	27
24	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	26
25	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	25
26	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	24
27	8-190	Spezielle Verbandstechnik	22
28	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	18
29	5-898	Operation am Nagel	18
30	5-908	Operative Korrekturen an Lippe bzw. Mundwinkel	18

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VD13 - Ästhetische Dermatologie
	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
2	HAUTAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VD00 - Sprechstunden für: Berufsdermatologie, Melanome, Lymphome, Warzen, Kryotherapie, Tumore, Lasertherapie, Allergien, Autoimmunerkrankungen, Basaliome, Nagelerkrankungen
	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

2	HAUTAMBULANZ
	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
	<i>Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich</i>
3	KINDERSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	14
2	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	< 4
3	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
4	5-788	Operation an den Fußknochen	< 4
5	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	< 4
6	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
7	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	< 4

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,73	12,73	0	2,44	10,29	266,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,14	6,14	0	1,17	4,97	550,9

B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Haut- und Geschlechtskrankheiten

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Allergologie
2	Dermatohistologie
3	Medikamentöse Tumortherapie
4	Phlebologie

B-[13].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	20,99	20,99	0	0,54	20,45	133,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0	0	0,02	136900,0

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0	0	0,02	136900,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,18	1,18	0	0	1,18	2320,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,6	3,6	0	2	1,6	1711,3

B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Operationsdienst
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[14] Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/ klinik_fuer_mund_kiefer_und_plastische_gesichtschiru index_ger.html

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1900) Plastische Chirurgie
2	(3500) Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie

B-[14].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Robert Andreas Mischkowski, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3700
Fax:	0621 / 503 3709
E-Mail:	mkpg@klilu.de

B-[14].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ kliniken/ klinik_fuer_mund_kiefer_und_plastische_gesichtschiru 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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
3	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
5	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
6	Dentale Implantologie
7	Akute und sekundäre Traumatologie
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
9	Dentoalveoläre Chirurgie
10	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
11	Laserchirurgie
12	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
13	Kraniofaziale Chirurgie
14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
18	Epithetik
19	Spezialsprechstunden <i>Im Rahmen der Ambulanz werden folgende Spezialsprechstunden angeboten: Tumornachsorge, Dysgnathiesprechstunde, Sprechstunde für Fehlbildungen inklusive Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, Implantatsprechstunde, Sprechstunde für plastisch-rekonstruktive Chirurgie.</i>
20	Notfallmedizin
21	Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Erstzertifizierung 07.06.2016)

B-[14].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	1143
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	98
2	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	94
3	S02.69	Unterkieferfraktur: Mehrere Teile	56
4	K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	55
5	K10.28	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer	50
6	S02.2	Nasenbeinfraktur	33
7	S06.0	Gehirnerschütterung	31
8	K05.3	Chronische Parodontitis	29
9	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	29
10	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	26
11	K04.8	Radikuläre Zyste	26
12	K02.5	Karies mit freiliegender Pulpa	26
13	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	24
14	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	21
15	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	20
16	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	20
17	K10.21	Maxillärer Abszess mit Angabe einer Ausbreitung nach retromaxillär oder in die Fossa canina	19
18	K02.1	Karies des Dentins	18
19	K07.3	Zahnstellungsanomalien	18
20	S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae	18
21	K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	16
22	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	16
23	K12.20	Mund- (Boden-) Phlegmone	16
24	C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet	14
25	K08.2	Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes	13
26	C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet	12
27	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	11
28	K10.20	Maxillärer Abszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach retromaxillär oder in die Fossa canina	11

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
29	K09.1	Entwicklungsbedingte (nichtodontogene) Zysten der Mundregion	9
30	S02.64	Unterkieferfraktur: Ramus mandibulae, nicht näher bezeichnet	8

B-[14].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	265
2	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	126
3	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	97
4	K07	Veränderung der Kiefergröße bzw. der Zahnstellung einschließlich Fehlbiss	87
5	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	85
6	K02	Zahnkaries	55
7	C04	Mundbodenkrebs	40
8	S06	Verletzung des Schädelinneren	33
9	K05	Zahnfleischentzündung bzw. Krankheit des Zahnhalteapparates	32
10	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	30
11	C44	Sonstiger Hautkrebs	27
12	K08	Sonstige Krankheit der Zähne bzw. des Zahnhalteapparates	24
13	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	22
14	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	20
15	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	15
16	K09	Meist flüssigkeitsgefüllte Hohlräume (Zysten) der Mundregion	15
17	C02	Sonstiger Zungenkrebs	15
18	S01	Offene Wunde des Kopfes	12
19	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	9
20	K01	Nicht altersgerecht durchgebrochene Zähne	8
21	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	6
22	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	6
23	J39	Sonstige Krankheit der oberen Atemwege	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
24	Q67	Angeborene muskuläre bzw. knöcherne Fehlbildung des Kopfes, des Gesichts, der Wirbelsäule bzw. des Brustkorbes	6
25	S03	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Kopfes	5
26	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	5
27	Q35	Gaumenspalte	5
28	T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Unfalls wie Schock, Wundheilungsstörungen oder verlängerte Blutungszeiten	5
29	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	4
30	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	4

B-[14].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S02.6	Unterkieferfraktur	108
2	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	98
3	K12.2	Mund- (Boden-) Phlegmone	96
4	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	94
5	K10.2	Entzündliche Zustände der Kiefer	80
6	S02.2	Nasenbeinfraktur	33
7	S06.0	Gehirnerschütterung	31
8	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	29
9	K05.3	Chronische Parodontitis	29
10	K02.5	Karies mit freiliegender Pulpa	26
11	K04.8	Radikuläre Zyste	26
12	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	26
13	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	24
14	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	21
15	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	20

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
16	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	20
17	K02.1	Karies des Dentins	18
18	K07.3	Zahnstellungsanomalien	18
19	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	16
20	C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet	14
21	K08.2	Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes	13
22	C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet	12
23	S01.5	Offene Wunde der Lippe und der Mundhöhle	9
24	K09.1	Entwicklungsbedingte (nichtodontogene) Zysten der Mundregion	9
25	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	8
26	K02.9	Zahnkaries, nicht näher bezeichnet	8
27	K11.2	Sialadenitis	8
28	K01.0	Retinierte Zähne	7
29	C02.9	Bösartige Neubildung: Zunge, nicht näher bezeichnet	7
30	K07.6	Krankheiten des Kiefergelenkes	7

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-241.0	Gingivoplastik: Lappenoperation	411
2	5-240.2	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes: Osteotomie des Alveolarkammes [Alveolotomie]	177
3	5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	144
4	5-769.2	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	115
5	5-244.20	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	115

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	110
7	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	81
8	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne des Ober- und Unterkiefers	74
9	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	70
10	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	67
11	5-279.0	Andere Operationen am Mund: Operative Blutstillung	67
12	5-244.00	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Alveolarkammplastik (Umschlagfalte): Ohne Transplantat	62
13	5-230.0	Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn	59
14	5-231.50	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relicta: Ein Zahn	58
15	5-225.5	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer oroantralen Fistel	57
16	5-770.7	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	55
17	5-230.5	Zahnextraktion: Sämtliche Zähne	54
18	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	54
19	5-230.1	Zahnextraktion: Mehrwurzeliger Zahn	50
20	5-770.11	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Entfernung eines Sequesters	45
21	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	45
22	5-770.5	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)	45
23	5-766.3	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, von außen	42
24	5-057.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Hirnnerven extrakraniell	41
25	5-241.3	Gingivoplastik: Mit alloplastischem Implantat	40

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	5-760.23	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	40
27	5-167.2	Rekonstruktion der Orbitawand: Mit alloplastischem Material	40
28	5-273.1	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Inzision und Drainage, vestibulär subperiostal	39
29	5-856.00	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Kopf und Hals	37
30	5-273.0	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Inzision und Drainage, vestibulär submukös	37

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	489
2	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	404
3	5-230	Zahnentfernung	349
4	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	211
5	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	195
6	5-240	Operativer Einschnitt in das Zahnfleisch bzw. operative Eröffnung des Kieferkammes	178
7	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	128
8	5-221	Operation an der Kieferhöhle	120
9	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	120
10	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	120
11	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	115
12	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	105
13	5-856	Wiederherstellende Operation an den Bindegewebshüllen von Muskeln	94
14	9-984	Pflegebedürftigkeit	89
15	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	84
16	5-853	Wiederherstellende Operation an Muskeln	83
17	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	71

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
18	5-279	Sonstige Operation am Mund	70
19	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	67
20	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	66
21	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	66
22	5-270	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	64
23	5-765	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des hinteren Unterkiefers	63
24	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	61
25	5-858	Entnahme bzw. Verpflanzung von Muskeln, Sehnen oder ihren Hüllen mit operativer Vereinigung kleinster Gefäße	55
26	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	54
27	5-776	Operative Durchtrennung von Knochen zur Verlagerung des Untergesichts	53
28	5-249	Sonstige Operation oder andere Maßnahme an Gebiss, Zahnfleisch bzw. Zahnfächern	51
29	5-766	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle	49
30	5-778	Wiederherstellende Operation an den Weichteilen im Gesicht	47

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
	VZ03 - Dentale Implantologie
	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
	VZ11 - Endodontie
	VZ12 - Epithetik
	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
2	MKPG-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
	VZ03 - Dentale Implantologie
	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
	VZ11 - Endodontie
	VZ12 - Epithetik
	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
	<i>Im Rahmen der Ambulanz werden folgende Spezialsprechstunden angeboten: Tumornachsorge, Dysgnathiesprechstunde, Sprechstunde für Fehlbildungen inklusive Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, Implantatsprechstunde, Sprechstunde für plastisch-rekonstruktive Chirurgie.</i>

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	105
2	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	103
3	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	19

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
4	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	18
5	5-240	Operativer Einschnitt in das Zahnfleisch bzw. operative Eröffnung des Kieferkammes	17
6	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	16
7	5-097	Lidstraffung	10
8	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	10
9	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	7
10	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	6
11	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	6
12	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	5
13	5-235	Wiedereinsetzen, Verpflanzung, Einpflanzung bzw. Stabilisierung eines Zahnes	4
14	5-237	Zahnwurzelspitzenentfernung bzw. Zahnwurzelkanalbehandlung	< 4
15	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
16	5-909	Sonstige wiederherstellende Operation an der Haut bzw. Unterhaut	< 4
17	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	< 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					
---	----	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,16	9,16	0	1,58	7,58	150,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,83	4,83	0	0,83	4	285,8

B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
2	Zahnmedizin
3	Oralchirurgie

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Plastische Operationen

B-[14].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,21	8,21	0	1,9	6,31	181,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0	0	0,02	57150,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,38	0,38	0	0	0,38	3007,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,75	0,75	0	0	0,75	1524,0

B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTA FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Kinästhetik
4	Palliative Care

B-[14].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

B-[15] Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen

URL:

http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/klinik_fuer_anaesthesiologie_und_operative_intensivmedizin_index_ger.html

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3618) Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2	(3650) Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3	(3753) Schmerztherapie

B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Wolfgang Zink, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3000
Fax:	0621 / 503 3024
E-Mail:	anaesthesie@klilu.de

B-[15].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/kliniken/klinik_fuer_anaesthesiologie_und_operative_intensivmedizin_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 nach § 136a SGB V:

Ja

B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Klinische Anästhesiologie, Schmerztherapie und Operative Intensivmedizin <i>Die Klinik ist für die Durchführung von über 18.000 Anästhesieleistungen pro Jahr bei operativen u. diagnostischen Eingriffen verantwortlich, die Betreuung schwerstkranker Patienten auf der operativen Intensivstation sowie für die Therapie akuter u. chronischer Schmerzzustände verantwortlich.</i>
2	Operative Intensivmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Auf der operativen Intensivstation werden jährlich ca. 1.400 Patienten aller Altersstufen betreut (vorwiegend postoperative Patienten).

3	Schmerztherapie
	<i>Individuelle medikamentöse u. nichtmedikamentöse Therapiekonzepte, Schmerzpumpen (PCA), Periduralkatheter (PDK,PDA) mit Pumpen , interdisziplinäre Betreuung v. Tumorpatienten, Akupunktur, TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation), periphere Nervenblockaden</i>
4	Spezialsprechstunde
	<i>Prämedikationsambulanz, Privatärztliche Ambulanz</i>
5	Notfallmedizin

B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Patienten werden i.d.R. von der Intensivstation in andere Fachbereiche verlegt. Die genannte Fallzahl entspricht den Patienten, welche direkt von der Intensivstation entlassen werden. Insgesamt wurden auf der Intensivstation ... Patienten behandelt.

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[15].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	2169
2	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	887
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	870
4	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	841

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	833
6	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	494
7	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	446
8	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	226
9	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	219
10	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	156
11	6-002.n1	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bivalirudin, parenteral: 250 mg bis unter 350 mg	143
12	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	103
13	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	62
14	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	59
15	8-607.0	Hypothermiebehandlung: Invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters	58
16	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	50
17	8-144.1	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	45
18	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	44
19	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	42
20	8-98f.21	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	42
21	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	41
22	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	41
23	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	40
24	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	39

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	35
26	6-004.d	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Levosimendan, parenteral	35
27	5-311.0	Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie	32
28	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	29
29	8-932	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader	27
30	8-607.3	Hypothermiebehandlung: Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines über Biofeedback kontrollier- und steuerbaren Kühlpad- oder Kühlelementesystems	26

B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	2169
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1195
3	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	1136
4	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	945
5	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	891
6	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	494
7	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	446
8	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	219
9	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	185
10	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	113
11	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	109
12	8-607	Behandlung durch Unterkühlung zur Verringerung des Sauerstoffbedarfs	93
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	86

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
14	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	84
15	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	41
16	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	40
17	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	39
18	8-190	Spezielle Verbandstechnik	36
19	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	35
20	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	27
21	8-932	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader	27
22	5-312	Anlegen eines dauerhaften, künstlichen Luftröhrenausganges	27
23	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	24
24	8-128	Anwendung eines Systems zur Ableitung von Stuhl	23
25	8-832	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in der Lungenschlagader platziert ist	16
26	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	16
27	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	10
28	8-700	Offenhalten der Atemwege durch einen Schlauch über Mund oder Nase	8
29	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	8
30	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	7

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Narkosevorbereitung (Anamnese, Aufklärung, Wahl des Narkoseverfahrens)
2	PRÄMEDIKATIONSAMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

2	PRÄMEDIKATIONSAMBULANZ
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Narkosevorbereitung (Anamnese, Aufklärung, Wahl des Narkoseverfahrens)
3	NOTFALLMEDIZIN
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Eine Verfügbarkeit des Notfallteams auf der Operativen Intensivstation ist rund um die Uhr sichergestellt. Zusätzlich stellt die Klinik 2/3 der Notärzte des Klinikums Ludwigshafen

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[15].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	50,61	50,61	0	2,63	47,98	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	37,68	37,68	0	1,95	35,73	0,0

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Spezielle Schmerztherapie
3	Notfallmedizin

B-[15].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	64,53	64,53	0	3,48	61,05	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,29	2,29	0	0	2,29	0,0

B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Ernährungsmanagement
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
5	Wundmanagement
	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

B-[15].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

B-[16] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/institute/institut_fuer_physikalische_und_rehabilitative_medin/index_ger.html

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[16].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Ines-Helen Pages, Chefärztin bis 10/2016
Telefon:	0621 / 503 3650
Fax:	0621 / 503 3654
E-Mail:	prm@klilu.de
Name/Funktion:	Monique Zabel, Kommissarische Leitung seit 11/2016

Telefon:	0621 / 503 3650
Fax:	0621 / 503 3654
E-Mail:	prm@klilu.de

B-[16].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/institute/institut_fuer_physikalische_und_rehabilitative_medin/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 nach § 136a SGB V:

Ja

B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
2	Manuelle Therapie, Fascientechniken nach Typaldos
3	Massage: Klassische und Spezialmassagen
4	Stationäre Herzsportgruppe
5	Akupunktur
6	Spezielle Schmerztherapie
7	Chirotherapie
8	Chirodiagnostik
9	Naturheilverfahren
10	Manuelle Lymphdrainage/Kompressionsbehandlung
11	Funktionelle Beckenbodenarbeit
12	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath Konzept, PNF)
13	Ergotherapie/Arbeitstherapie
14	Atemgymnastik/-therapie
15	Physikalische Therapie
16	Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[16].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[16].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	1192
2	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	2
3	8-563.0	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage	2
4	8-563.1	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1

B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	1194
2	8-563	Kombination unterschiedlicher körperlich-medizinische Übungen und Anwendungen	< 4

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DER CHEFÄRZTIN
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DER CHEFÄRZTIN
	VX00 - Spezielle Schmerztherapie, Akupunktur, Chirotherapie, Chirodiagnostik, Naturheilverfahren, Physikalische Therapie und andere nicht-ärztliche Heilbehandlungen
2	PHYSIKALISCHE THERAPIE UND ERGOTHERAPIE
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	0,83	0,83	0	0	0,83	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,83	0,83	0	0	0,83	0,0

B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Naturheilverfahren
2	Physikalische Therapie und Balneologie
3	Manuelle Medizin/Chirotherapie
4	Akupunktur
5	Spezielle Schmerztherapie

B-[16].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,4	1,4	0	0	1,4	0,0

B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[16].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

B-[17] Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ institute/diagnostische_und_interventionelle_radiologie/ index_ger.html

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

B-[17].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Günter Layer, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 4501
Fax:	0621 / 503 4537
E-Mail:	radiologie@klilu.de

B-[17].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ institute/diagnostische_und_interventionelle_radiologie/ 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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
2	Arteriographie
3	Phlebographie
4	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
5	Tumorembolisation
6	Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>CT-Angiographie, CT-Kolographie, Kardio-CT; CT-Interventionen (Biopsie, RFA), Osteodensitometrie, Dental-CT</i>
7	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
8	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
9	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
10	Computertomographie (CT), nativ
11	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
12	Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung
13	Teleradiologie
14	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
15	Quantitative Bestimmung von Parametern
16	Konventionelle Röntgenaufnahmen
17	Interventionelle Radiologie
18	Neuroradiologie
19	Intraoperative Anwendung der Verfahren
20	Knochendichtemessung (alle Verfahren) <i>Computertomographie</i>
21	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
22	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
23	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>MR-Mamma, MRCP, MR-Kolographie, MR-Angiographie, Herz-MR, Ganzkörper-MRT</i>
24	Kooperationen <i>Brustzentrum, Gefäßzentrum, Hauttumorzentrum, Herzzentrum / Klinik für Herzchirurgie, Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum, Medizinische Klinik B, Onkologisches Zentrum, Prostatakarzinomzentrum, Überregionale Stroke Unit, Viszeralonkologisches Zentrum (Darm-, Magen-, Pankreaszentrum)</i>

B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[17].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[17].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	5050
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	2645
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	2530
4	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	2162
5	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	2039
6	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	1831
7	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	1060
8	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	771
9	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	725
10	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	709
11	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	676
12	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	497

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	480
14	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	466
15	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	438
16	3-82a	Kernspintomographie (MRT) des Beckens mit Kontrastmittel	404
17	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	400
18	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	362
19	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	311
20	3-828	Kernspintomographie (MRT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	275
21	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	238
22	3-602	Röntgendarstellung des Aortenbogens mit Kontrastmittel	176
23	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	171
24	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	166
25	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	164
26	3-721.01	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie in Ruhe: Mit EKG-Triggerung	159
27	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	129
28	3-753.0	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des ganzen Körpers: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur	126
29	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	109
30	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	106

B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	5050
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	2645
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	2530
4	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	2162
5	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	2039
6	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	1831
7	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	1060
8	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	771
9	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	725
10	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	709
11	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	676
12	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	497
13	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	480
14	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	466
15	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	438
16	3-82a	Kernspintomographie (MRT) des Beckens mit Kontrastmittel	404
17	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	400
18	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	362
19	3-721	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	325
20	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	311

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
21	3-828	Kernspintomographie (MRT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	275
22	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	238
23	3-824	Kernspintomographie (MRT) des Herzens mit Kontrastmittel	195
24	3-602	Röntgendarstellung des Aortenbogens mit Kontrastmittel	176
25	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	171
26	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	166
27	3-753	Darstellung der Stoffwechselforgänge des gesamten Körpers mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	135
28	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	129
29	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	109
30	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	106

B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	RHEUMAAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	<i>Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.</i>
2	PRIVATAMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VR15 - Arteriographie
	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	VR41 - Interventionelle Radiologie

2	PRIVATAMBULANZ DES CHEFARZTES
	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	VR43 - Neuroradiologie
	VR16 - Phlebographie
	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
	VR44 - Teleradiologie
	VR47 - Tumorembolisation
3	BRUSTSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG00 - Tomosynthese
	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	<i>Vakuumstanzbiopsie</i>

B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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:

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	17,62	17,15	0,47	4,7	12,92	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,82	10,35	0,47	2,84	7,98	0,0

B-[17].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie
2	Nuklearmedizin
3	Radiologie, SP Neuroradiologie

B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[17].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,69	4,69	0	0,55	4,14	0,0

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

B-[18] Institut für Pathologie

B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Pathologie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/institute/institut_fuer_pathologie/index_ger.html

B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3790) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

B-[18].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Manfred H. Bohrer, Chefarzt bis 04/2017
Telefon:	0621 / 503 4301
Fax:	0621 / 503 4330
E-Mail:	pathologie@klilu.de
 	
Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. med. Mindaugas Andrusis, Chefarzt seit 05/2017
Telefon:	0621 / 503 4301
Fax:	0621 / 503 4330

E-Mail:

pathologie@klilu.de

B-[18].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:

Bremserstr. 79

PLZ/Ort:

67063 Ludwigshafen

URL:

http://www.klilu.de/content/patienten_besucher/institute/institut_fuer_pathologie/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 nach § 136a SGB V:

Ja

B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik der pulmonalen Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Diagnostik von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	Diagnostik von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Diagnostik von Nierenerkrankungen
7	Diagnostik von hämatologischen Erkrankungen
8	Diagnostik von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
9	Diagnostik von Krankheiten des Peritoneums
10	Diagnostik von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
11	Diagnostik von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	Diagnostik von Krankheiten der Pleura
13	Diagnostik von rheumatologischen Erkrankungen
14	Diagnostik von onkologischen Erkrankungen
15	Diagnostik von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	Diagnostik von Allergien
17	Diagnostik von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
18	Diagnostik von Autoimmunerkrankungen

B-[18].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[18].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[18].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-990	Leichenöffnung (Obduktion) im Krankenhaus zur Feststellung der Todesursache bzw. zur Qualitätssicherung	57

B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	9-990	Leichenöffnung (Obduktion) im Krankenhaus zur Feststellung der Todesursache bzw. zur Qualitätssicherung	57

B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM - FACHBEREICH PATHOLOGIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Molekulopathologie, Molekulare Tumordiagnostik
	VX00 - Zytologische Untersuchungen von Punktaten und Zellmaterial
	VX00 - Histologische Untersuchungen von Gewebeproben

B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	6,61	6,11	0,5	2,33	4,28	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,99	3,5	0,49	1,33	2,66	0,0

B-[18].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Pathologie

B-[18].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[18].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,17	0,17	0	0	0,17	0,0
--	------	------	---	---	------	-----

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[19] Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/institute/institut_fuer_labordiagnostik_hygiene_und_transfusionsr/index_ger.html

B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3792) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

B-[19].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Matthias F. Bauer, Chefarzt
Telefon:	0621 / 503 3550
Fax:	0621 / 503 3555
E-Mail:	BauerMat@klilu.de

B-[19].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/institute/institut_fuer_labordiagnostik_hygiene_und_transfusionsr/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 nach § 136a SGB V:

Ja

B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten <i>- Bakteriologische Untersuchungen inkl. Tuberkulose - Mykologische Untersuchungen - Parasitologische Untersuchungen - Virologische Untersuchungen - Infektionsserologische Untersuchungen - Tests zur Resistenzüberprüfung von Krankheitserregern</i>
2	Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie" <i>Hierzu gehören Labormedizinische Untersuchungen wie z. B. Elektrolyte, Leberwerte, Nierenwerte, Fettstoffwechsel, Risikoprofile, Diabetesdiagnostik und -kontrolle, Eisenstoffwechsel, Spurenelemente, Säure-Basen-Haushalt</i>
3	Harn- und Stuhluntersuchungen <i>Blut im Stuhl, Enzymaktivitäten des Verdauungstraktes, Urinsediment, Urinstreifentest, Schwangerschaftstest</i>
4	Hormonbestimmungen <i>Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Hypophyse, Nebennierenrindenhormone etc.</i>
5	Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
6	Medikamentenspiegelbestimmungen <i>Zytostatika sowie Antiepileptika</i>
7	Toxikologie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Drogennachweise, Bestimmung des Alkoholspiegel, Vergiftungen</i>
8	Point of Care Testing <i>- Blutzuckerbestimmungen - Blutgasbestimmungen inklusive Oximetrie - Urinteststreifen-Diagnostik - HCG-Bestimmung im Urin - Influenza A und B (Schnelltest)</i>
9	Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten <i>Molekulargenetischer Nachweis von intra- und extrazellulären Bakterien; qualitativer und quantitativer Nachweis von Viren in menschlichen Untersuchungsmaterialien.</i>
10	Molekulare Diagnostik und Genetik mitochondrialer Erkrankungen <i>Ein Spezialgebiet des Instituts ist die biochemische und molekulargenetische Diagnostik mitochondrialer Erkrankungen. Diese Diagnostik steht sowohl den Fachabteilungen des Klinikums als auch externen Einsendern zur Verfügung.</i>
11	Spezialsprechstunde <i>Humangenetische Beratung: Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels, insbesondere mitochondriale, neuromuskuläre und neurodegenerative Erkrankungen.</i>
12	Hygiene <i>- Krankenhaushygienische Beratung - Infekt. Konsiliardienst - Krankenhaushygienische Untersuchungen, Q-Sicherungsmaßnahmen - Kontrolle Sterilisation - Kontrolle Desinfektion - Kontrolle Aufbereitung & Reinigung - Mikro. Überprüfung Arzneimittel, Umgebungsuntersuchungen z.B. Wasser, Luft, etc.</i>
13	Transfusionsmedizin <i>Die immunhämatologische Labordiagnostik und Bereitstellung von Blutkonserven für die Transfusion in den Kliniken und Ambulanzen erfolgt im ILHT.</i>
14	Präparative Stammzellapheresen (autolog)
15	Hämatologie <i>Die Bestimmung von Blutbildern, Differentialblutbildern und durchflusszytometrischer Diagnostik aus Blut, Knochenmark und Punktaten erfolgt im ILHT</i>
16	Autoimmundiagnostik
17	Diagnostik von Gerinnungsstörungen
18	Liquor-Diagnostik

B-[19].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[19].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[19].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	1518
2	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	231
3	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	157
4	8-800.c2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE	74
5	8-800.g0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat	71
6	8-800.f0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese- Thrombozytenkonzentrat: 1 Apherese- Thrombozytenkonzentrat	66
7	8-800.c3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 16 TE bis unter 24 TE	42
8	8-800.f1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese- Thrombozytenkonzentrat: 2 Apherese- Thrombozytenkonzentrate	37
9	8-800.g3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 4 Thrombozytenkonzentrate	21
10	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	17
11	8-800.g2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 3 Thrombozytenkonzentrate	15

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	8-800.c4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 24 TE bis unter 32 TE	13
13	8-800.f3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	11
14	8-800.g5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate	9
15	8-800.f2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	8
16	8-800.0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Vollblut, 1-5 TE	6
17	8-800.f5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	6
18	8-800.60	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat	5
19	8-800.f4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	4
20	8-800.f6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 8 bis unter 10 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	4
21	8-800.c5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 32 TE bis unter 40 TE	4
22	8-800.c6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 40 TE bis unter 48 TE	4
23	8-800.g6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate	3
24	8-800.62	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 3 bis unter 5 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	3
25	8-800.c7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 48 TE bis unter 56 TE	3

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	8-800.g4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 5 Thrombozytenkonzentrate	3
27	8-800.63	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 5 bis unter 7 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	2
28	8-800.g8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate	2
29	8-800.64	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 7 bis unter 9 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	2
30	8-800.ca	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 72 TE bis unter 80 TE	2

Die angegebenen Zahlen der ambulanten Assistenz ist ein rechnerischer Wert, der sich aus der erbrachten ambulanten Punktleistungen der Laboranalysen in Bezug auf die Gesamtpunktleistung des Instituts bezieht.

Die Erythrozytenkonzentrate werden vom Institut zur Verfügung gestellt.

B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	2334
2	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut	21

B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Peritransfusionelle Labordiagnostik, Immunhämatologie
	VX00 - Diagnostik von Gerinnungsstörungen
2	MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM LUDWIGSHAFEN - FACHBEREICH TRANSFUSIONSMEDIZIN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Peritransfusionelle Labordiagnostik, Immunhämatologie

2	MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM LUDWIGSHAFEN - FACHBEREICH TRANSFUSIONSMEDIZIN
	VX00 - Diagnostik von Gerinnungsstörungen
3	AMBULANZ FÜR MITOCHONDRIALE MEDIZIN UND STÖRUNGEN DES ENERGIESTOFFWECHSELS
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Diagnostische und therapeutische Beratung von Patienten, behandelnden Ärzten und Angehörigen

B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	11,1	11,1	0	3,49	7,61	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,38	8,38	0	2,66	5,72	0,0

B-[19].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hygiene und Umweltmedizin
2	Laboratoriumsmedizin
3	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)

4 Transfusionsmedizin

B-[19].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG

- 1 Hämostaseologie
- 2 Labordiagnostik - fachgebunden -

B-[19].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,38	15,38	0	1,06	14,32	0,0

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

B-[20] Apotheke

B-[20].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Apotheke

Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/institute/apotheke/index_ger.html

B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3791) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(III)

B-[20].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. rer. nat. Norbert Marxer, Chefapotheker
Telefon:	0621 / 503 3030
Fax:	0621 / 503 3033
E-Mail:	apotheker@klilu.de

B-[20].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/institute/apotheke/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 nach § 136a SGB V:	Ja
--	----

B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Arzneimittelversorgung <i>Belieferung der Stationen und Bereiche für ambulante und stationäre Patienten mit Arzneimitteln, Infusionen, Röntgenkontrastmitteln und Verbandstoffen</i>
2	Erstellung und Fortentwicklung der Arzneimittelliste

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

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	Arzneimittelherstellung
	<i>In der Rezeptur/Defektur werden Salben, Cremes, Lösungen, Lotionen, Kapseln, Tropfen hergestellt. Im Sterilbereich erfolgt die aseptische Herstellung von patientenindividuellen Zytostatikazubereitungen, Augenarzneimitteln, spez. Zubereitungen zur patientengesteuerten Analgesie u. Studienmedikamenten</i>
4	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Beantwortung der Anfragen von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich Dosierung, Dosisanpassung, Applikation, Kompatibilitäten, Interaktionen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln</i>
5	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Bereitstellung von Informationen zu gelisteten Arzneimitteln</i>
6	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Umsetzungsempfehlungen für Hausmedikationen durch Apotheker auf Station</i>
7	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Bewertung von neuen Präparaten</i>
8	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Erfassung, Bewertung und Weiterleitung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen</i>
9	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Erstellung von Verbrauchsstatistiken, Beratung zum Arzneimittelverbrauch, Vergleich von Therapiekosten bei vergleichbarer Wirksamkeit</i>
10	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Qualitätskontrolle des Umgangs von Arzneimitteln v.a. im Rahmen von Stationsbegehungen</i>
11	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Mitarbeit bei klinischen Studien</i>
12	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Geschäftsführung bei der Arzneimittelkommission</i>
13	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Durchführung von klinikinternen Fortbildungen und Schulungen</i>
14	Pharmazeutische Dienstleistungen
	<i>Leitung des hauseigenen antibiotic-stewardship-Gremiums</i>
15	Zertifizierung durch die Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz (Re-Zertifizierung Oktober 2017)

B-[20].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[20].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[20].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[20].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

In der Apotheke sind folgende Personengruppen beschäftigt:

Personengruppe	VK
Leitende(r) Apotheker(in)	1
Fachapotheker(in)	2,44
Apotheker(in)	1,81
Pharmazeutisch-Kaufm. Assistent(in)	3,83
Pharmazeutisch-Techn. Assistent(in)	4,82
Praktikant(in)	1,96

Personengruppe	VK
Auszubildende(r) (PKA)	0,91
Hilfskraft	1
Sachbearbeiter(in)	0,52
Gesamt	18,29

B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[20].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[20].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[20].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

B-[20].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacher: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	208	99,5
2	Herzschrittmacher: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	51	102
3	Herzschrittmacher: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	37	102,7
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	123	95,1
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	60	105
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	81	112,3
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	127	100,8
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	361	102,8
9	Geburtshilfe (16/1)	556	99,3

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	8	100
11	Mammachirurgie (18/1)	282	100
12	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	643	101,2
13	Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH)	765	100,1
14	Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplant (HCH_AORT_KATH_	164	100
15	Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplant (HCH_AORT_KATH_	8	100
16	Hüftendoprothesenve (HEP)	11	100
17	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	11	100
18	Neonatologie (NEO)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
19	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	388	101

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ . Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	93,75 %
Vertrauensbereich	89,39 % - 96,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,9
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	180
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	192
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

2		Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte	
Kennzahl-ID	54143		
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>		
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Ergebnis (Einheit)	2,08 %		
Vertrauensbereich	0,81 % - 5,23 %		
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt	0,84		
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)		
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %		
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse	4		
Erwartete Ereignisse	-		
Grundgesamtheit	192		
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich		
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
3		Dauer der Operation	
Kennzahl-ID	52128		
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	84,92 %
Vertrauensbereich	79,29 % - 89,23 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	86,95
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	169
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	199
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
4	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	92,83 %	
Vertrauensbereich	90,78 % - 94,45 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	95,5	
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	712	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	767	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert	
5	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
Kennzahl-ID	1103	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,8
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,32
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

7 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,07
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

8	Dauer der Operation bis 45 Minuten	
	Kennzahl-ID	210
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	92,31 %
	Vertrauensbereich	81,83 % - 96,97 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	94,62
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	94,28 % - 94,93 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0
	Grundgesamtheit	52

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
9	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97,46 %
Vertrauensbereich	94,57 % - 98,83 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,03
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	236

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert

10 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID	1096
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 6,88 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,12
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	52

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

11 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Kennzahl-ID	51398
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,19
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,14 % - 0,27 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0
	Grundgesamtheit	52
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
12	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1089
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 9,18 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	38
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
Kennzahl-ID	52315
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,22 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,31
Referenzbereich	= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,14 % - 1,52 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

15	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers
Kennzahl-ID	50004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,58 %
Vertrauensbereich	91,54 % - 98,66 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,42
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	94,15 % - 94,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	113
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	117
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

16 Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers	
Kennzahl-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,29 %
Vertrauensbereich	93,98 % - 99,53 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,68
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,44 % - 95,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	117
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
17 Dauer der Operation	
Kennzahl-ID	52129
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	97,39 %
	Vertrauensbereich	92,61 % - 99,11 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	88,49
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	88,11 % - 88,86 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	112
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	115
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
18	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
	Kennzahl-ID	52316
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	88,33 %	
Vertrauensbereich	85,26 % - 90,82 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	95,64	
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	95,51 % - 95,77 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	454	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	514	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
19	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
Kennzahl-ID	50017	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	3,42 %	
Vertrauensbereich	1,34 % - 8,46 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	0,63	
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,55 % - 0,73 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	4	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	117	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
20	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
Kennzahl-ID	52325	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,71
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,62 % - 0,82 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
21	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51186
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0	
Vertrauensbereich	0 % - 9,77 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	1,05	
Referenzbereich	= 5,80 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,22 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	0,38	
Grundgesamtheit	117	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
22	Dauer der Operation bis 60 Minuten	
Kennzahl-ID	50025	
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	94,25 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	93,62
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	93,15 % - 94,06 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	63
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	63
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
23	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden	
	Kennzahl-ID	52321
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>96,41 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>94,16 % - 97,81 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>98,24</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>>= 95,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,13 % - 98,34 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>403</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>418</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>

24		Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
Kennzahl-ID		50030	
Leistungsbereich		Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Ergebnis (Einheit)		0 %	
Vertrauensbereich		0 % - 5,75 %	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt		0,18	
Referenzbereich		= 1,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich		0,12 % - 0,28 %	
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse		0	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		63	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert	

25		Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
Kennzahl-ID		50031	
Leistungsbereich		Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,21
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,14 % - 0,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	63
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
26	Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation
Kennzahl-ID	52328
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	23,33 %	
Vertrauensbereich	17,75 % - 30,03 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	3,43	
Referenzbereich	= 8,58 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	3,25 % - 3,61 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	42	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	180	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	U31 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
27	Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation	
Kennzahl-ID	52001	
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	5,56 %	
Vertrauensbereich	3,05 % - 9,92 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	3,43	
Referenzbereich	= 6,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	3,26 % - 3,62 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	10	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	180	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
28	Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation	
Kennzahl-ID	52002	
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja	

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	0,58	
Referenzbereich	= 2,52 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,51 % - 0,66 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
29	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
Kennzahl-ID	50041	
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,96
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,18 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
30	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden	
	Kennzahl-ID	52324
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,61
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,45 % - 0,82 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
31	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51196
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0	
Vertrauensbereich	0 % - 3,79 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	0,99	
Referenzbereich	= 2,83 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,15 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	0,97	
Grundgesamtheit	91	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
32	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	
Kennzahl-ID	603	
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	90,82 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,9
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,72 % - 99,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	38
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	38
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
33	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
Kennzahl-ID	604
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	92,73 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,69
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,56 % - 99,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	49
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

34	Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes
Kennzahl-ID	52240
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,46
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,18 % - 9,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35	Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	11704
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,05
	Referenzbereich	= 3,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,14 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

36		Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	11724		
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>		
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Ergebnis (Einheit)	—		
Vertrauensbereich	—		
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt	1,1		
Referenzbereich	= 4,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)		
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,22 %		
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)		
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)		
Grundgesamtheit	(Datenschutz)		

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

37	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
-----------	---

Kennzahl-ID	51437
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	81,57 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	97,63
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,03 % - 98,11 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
--	--

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

38	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
-----------	--

Kennzahl-ID	51443
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	99,41
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,95 % - 99,67 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
39	Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51873
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,9</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,89 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,79 % - 1,01 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ verbessert</p>

40 Schwere Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	51865
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,89
Referenzbereich	= 4,24 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 1,04 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

41	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
-----------	--

Kennzahl-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 2,36 %

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,6
Grundgesamtheit	193
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

42	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüsselochirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet	
	Kennzahl-ID	51418
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,38
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	62
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

43	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	
	Kennzahl-ID	12874
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 7,13 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,33
	Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	50
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
44	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	22,73 %	
Vertrauensbereich	10,12 % - 43,44 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	11,51	
Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	5	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	22	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
45	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	51907
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	22,73 %	
Vertrauensbereich	10,12 % - 43,44 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	15,08	
Referenzbereich	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	5	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	22	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
46	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren	
Kennzahl-ID	52535	
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	24,3
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
47	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	90,79 %
Vertrauensbereich	82,19 % - 95,47 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	91,03
Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	69
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	76
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

48	Blasenkatheter länger als 24 Stunden	
	Kennzahl-ID	52283
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	1,97 %
	Vertrauensbereich	0,77 % - 4,96 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	3,12
	Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	203

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

49	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)
-----------	---

Kennzahl-ID	330
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	96,26
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,82 % - 96,66 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
--	--

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts
-----------	--

Kennzahl-ID	50045
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	97,99 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	98,72
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,67 % - 98,77 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	187
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	187
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
51	Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	52249
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	1,03	
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,16 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	0,99	
Referenzbereich	= 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	187	
Erwartete Ereignisse	181,01	
Grundgesamtheit	551	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
52	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten	
Kennzahl-ID	1058	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Vertrauensbereich	-	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	0,32	
Referenzbereich	Sentinel-Event	
Vertrauensbereich	0,23 % - 0,45 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	10	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
53	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)	
Kennzahl-ID	321	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Vertrauensbereich	0 % - 0,74 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	0,21	
Referenzbereich	Nicht definiert	
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,22 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	518	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
54	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	51397	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0	
Vertrauensbereich	0 % - 3,11 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	1,01	
Referenzbereich	Nicht definiert	
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	1,22	
Grundgesamtheit	518	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
55	Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	51831	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 15,99 %</p>	
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>1</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,9 % - 1,12 %</p>	
<p>FALLZAHL</p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,21</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>23</p>	
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>	
<p>56</p>	<p>Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>318</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	96,06
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,82 % - 96,29 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
57	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand	
	Kennzahl-ID	51803
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,98
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,1
Grundgesamtheit	526
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

58	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51181
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	= 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

59 **Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**

Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	87,5 %
Vertrauensbereich	52,91 % - 97,76 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	19,66
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

60	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
	Kennzahl-ID	54031
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	67,56 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	99,52
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	8
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

61	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54033
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

62 Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	54036
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 44,58 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,83
Referenzbereich	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

63 Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	54038
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 37,8 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,92
Referenzbereich	= 3,14 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07
Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

64	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund	
	Kennzahl-ID	54040
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 21,07 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,87
	Referenzbereich	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,12
	Grundgesamtheit	8
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

65 Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der Hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	54042
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

66 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich	= 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

67	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	51846
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	99,39 %
	Vertrauensbereich	96,63 % - 99,89 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,34
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,21 % - 96,48 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	163
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	164
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
68	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
	Kennzahl-ID	52268
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies wird in dem Indikator "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden" berücksichtigt.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	15,6 %
	Vertrauensbereich	10,54 % - 22,49 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	13,62
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	13,36 % - 13,89 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	22
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	141
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
69	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	52273
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	1,12	
Vertrauensbereich	0,76 % - 1,61 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	0,99	
Referenzbereich	Nicht definiert	
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,01 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	22	
Erwartete Ereignisse	19,67	
Grundgesamtheit	141	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
70	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)	
Kennzahl-ID	52330	
Leistungsbereich	Operation an der Brust	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	72,25 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	98,52
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,34 % - 98,68 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	10
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
71	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)	
	Kennzahl-ID	52279
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	97,15 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	90,71
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,32 % - 91,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	131
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	131
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert

72	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium
Kennzahl-ID	2163
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,12
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

73		Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust	
Kennzahl-ID		50719	
Leistungsbereich		Operation an der Brust	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Ergebnis (Einheit)		0 %	
Vertrauensbereich		0 % - 19,36 %	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt		10,34	
Referenzbereich		= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich		9,53 % - 11,21 %	
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse		0	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		16	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert	
74		Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten	
Kennzahl-ID		51847	
Leistungsbereich		Operation an der Brust	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97,67 %
Vertrauensbereich	91,91 % - 99,36 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,44
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,21 % - 95,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	84
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	86
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

75 Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage

Kennzahl-ID	51370
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	6,62 %
Vertrauensbereich	3,52 % - 12,1 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,33
Referenzbereich	= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	6,14 % - 6,53 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	136
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

76	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
-----------	--

Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,61
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	286
Erwartete Ereignisse	177,53
Grundgesamtheit	39095
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

77	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,01
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	A41 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Aufgrund der umgesetzten Maßnahmen im Jahr 2016 gibt es seit März 2017 keine Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4.
78	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,54
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
79	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	93,02
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80

Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Kennzahl-ID	54003
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	36,36 %
Vertrauensbereich	15,17 % - 64,62 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	17,46
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

81	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Kennzahl-ID	54004
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	74,12 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	92,87
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	11
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	11

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

82	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
-----------	---

Kennzahl-ID	54005
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	74,12 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	99,79
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
--	--

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

83	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
-----------	--

Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	11,53
Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

84

Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen

Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	1,77
Referenzbereich	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

85

Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten

Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,16
Referenzbereich	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	4,42
Referenzbereich	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

87	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
-----------	--

Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	2,37
Referenzbereich	= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,3 % - 2,44 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

88	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54120
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	10,19
	Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
89	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	54010
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	97,98
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90

Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,91
Referenzbereich	= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

91	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
	Kennzahl-ID	54013
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,2
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

92 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen und lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere alle

Kennzahl-ID	50048
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	= 2,28 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
	Kennzahl-ID	51832
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturiertes Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	4,15
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	3,79 % - 4,54 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	51837	
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Bestandteil des Indixindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	1,03	
Referenzbereich	Nicht definiert	
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,12 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
95	schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
Kennzahl-ID	51076	
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	3,75
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,41 % - 4,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96

schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	50050
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,96
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

97	Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
	Kennzahl-ID	51838
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	1,16
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,38 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98

Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	51843
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99	schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
	Kennzahl-ID	51079
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	6,28
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	5,78 % - 6,83 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100

schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	50053
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,77
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,71 % - 0,84 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101

Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Kennzahl-ID	51078
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	3,36
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	2,96 % - 3,81 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102

Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	50052
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Bei diesem Indikator handelt es sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,89
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen	
	Kennzahl-ID	51901
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegen zu wirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA - Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,89
Referenzbereich	= 1,86 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,85 % - 0,94 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104 Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	50060
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,01
Referenzbereich	= 2,77 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105	Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	50062
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 2,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,89 % - 1 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106 Durchführung eines Hörtests	
Kennzahl-ID	50063
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,46
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,36 % - 97,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
107 Körpertemperatur unter 36.0 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus	
Kennzahl-ID	50064
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	4,3
Referenzbereich	= 9,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,18 % - 4,43 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108

Körpertemperatur bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht angegeben

Kennzahl-ID	51845
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,37
Referenzbereich	= 6,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,31 % - 1,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,98 %
Vertrauensbereich	97,41 % - 99,6 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,33
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	388
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	392
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

110	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	2009
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	93,41 %
	Vertrauensbereich	90,31 % - 95,57 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,74
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	326
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	349
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
111	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2012
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,73 %
Vertrauensbereich	93,17 % - 99,78 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,3
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	78
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	79
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

112	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,49 %
Vertrauensbereich	95,66 % - 99,49 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	93,63
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	196
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	199
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

113	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,67 %
Vertrauensbereich	98,16 % - 99,94 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,88
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	303
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	304
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

114	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	50778
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	1,08
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,43 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	38,81
Grundgesamtheit	392

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

115

Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus

Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,74 %
Vertrauensbereich	98,53 % - 99,95 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,32
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	380
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	381
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Ja

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

DMP	
1	<p>Asthma bronchiale</p> <p><i>Das Klinikum ist Vertragspartner des "Vertrags zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme Asthma bronchiale und obstruktive Lungenerkrankung (COPD)" mit BKK-Landesverband Mitte, IKK Südwest, Knappschaft Bochum, SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse sowie Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz (Barmer GEK, TK, DAK-Gesundheit, KKH, HEK, hkk). In diesem wird die stationäre Versorgung einschließlich der Schnittstellen zum ambulanten Sektor geregelt.</i></p>
2	<p>Brustkrebs</p> <p><i>Das Klinikum ist Vertragspartner des "Vertrags zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen" mit dem BKK-Landesverband Mitte, der IKK Südwest, der Knappschaft Bochum, der SVLFG sowie den Ersatzkassen (Barmer GEK, TK, DAK-Gesundheit, KKH, HEK, hkk). Ziel des Vertrags ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von Brustkrebs.</i></p>
3	<p>Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</p> <p><i>Eine "Vereinbarung im Rahmen der Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD" ist mit der AOK Rheinland-Pfalz geschlossen. Die Stationäre Versorgung aufgrund der Diagnose COPD wird darin geregelt. Ziele sind abhängig von Alter und Begleiterkrankungen- die Steigerung der Lebenserwartung und Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität- die Vermeidung / Reduktion von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen</i></p>
4	<p>Diabetes mellitus Typ 1</p> <p><i>Frau Dr. Hartmann, OÄ der Med. Klinik C, nimmt am DMP-Vertrag Typ 1 mit der AOK RP und der KV-RLP teil. Sie verfügt über die Genehmigung zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie, zur Behandlung von schwangeren Typ-1-Diabetikerinnen und für die Behandlung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom (Fußambulanz). Ziel des DMP ist die indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1.</i></p>
5	<p>Diabetes mellitus Typ 2</p> <p><i>Das Klinikum ist zum einen Vertragspartner der AOK, zum anderen des "Vertrags zur Einbeziehung eines Krankenhauses in die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms für Diabetes mellitus Typ 2" mit KV RLP, BKK Landesverband, IKK Südwest, SVLFG, vdek (BARMER, TK, DAK, KKH, HEK, hkk) und Knappschaft. Die ermächtigte Krankenhausärztin führt Schulungen u. Einstellungen von Typ-2 Diabetikern mit supplementärer Insulintherapie, intensivierter Insulintherapie u. Pumpenträgern durch.</i></p>

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	German CAS Register zur QS bei Patienten mit Stenting der Arteria carotis (Tod und Schlaganfall bis Krankenhausentlassung)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k. A.

LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Deutsches Aorten-Stent-Register (keiner prädefiniert)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k. A.

LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	ALKK-Koronarangiographie und PCI-Register (verschiedene Indikatoren)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k.A.

LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Deutsches Mitra-Clip-Register (keine prädefiniert)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k. A.

LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Deutsches Aortenklappen-Register (verschiedene Indikatoren bis Tag 30 und im Langzeit-Verlauf)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register

Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k. A.
LEISTUNGSBEREICH: Medizinische Klinik B	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	GREAT- Deutsches Register zur renalen Denervation (Komplikationen und Blutdrucksenkung im Langzeitverlauf)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k. A.
LEISTUNGSBEREICH: Medizinische Klinik B	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	MIR-RLP-Qualitätssicherung bei der Therapie von Patienten mit akutem ST-Hebungsmyokardinfarkt (STEMI) (verschiedene Zeiten und Ereignisse bis zur Krankenhausentlassung)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k. A.
LEISTUNGSBEREICH: Medizinische Klinik C	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Komplikationen, Technik (Papillotomieregister Arbeitsgemeinschaft ltd. gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK) und Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS))
Ergebnis:	Anonymer Benchmark
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Bachor Medical Information (BMI), bzw. Homepage der ALGK
LEISTUNGSBEREICH: Medizinische Klinik C	

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Majoramputation (Benchmarking bzgl. Behandlungsergebnisse des Diabetischen Fußsyndroms im Rahmen der Zertifizierung AG-Fuß in der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie u. Endokrinologie Rheinland-Pfalz)
Ergebnis:	Amputationsverhinderungsbogen der AOK
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	AOK-DMP, AG Fuß der DDG/ADE

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme an 107 Ringversuchen für 158 Analyte aus den Bereichen Hämatologie, Gerinnung, Blutbank, Autoimmundiagnostik und Molekularbiologie.
Ergebnis:	Für 98% der Ringversuchsteilnahmen wurde ein Zertifikat erteilt.
Messzeitraum:	Mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2008
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK
Quellenangabe:	www.instandev.de www.rfb.bio

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	- 209 Ringversuche mit insgesamt 963 Einzelanalysen an 182 Parametern gem. RiliBÄK 2008 aus Klin. Chemie, POCT, Molekulare Diagnostik, Spez. Biochemie und Med. Mikrobiologie (97% aller RV bestanden)
Ergebnis:	-Zielwertbestimm., Einhaltung. Abweich.grenzen-Infekt.raten, Antibiotikaraten, Raten Desinfektion
Messzeitraum:	- Mehrfach im Jahr gem. RiliBÄK 2008 - Kontinuierlich (Benchmarking 1 x pro Jahr)
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Externe Referenzmessungen u. Referenzmethoden, Vorgaben RiliBÄK 2008, Benchmark mit Referenzhäusern

Quellenangabe:	http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Rili-BAEK-Laboratoriumsmedizin.pdf https://rv-web.instandev.de/rv_web/ https://www.rfb.bio/ , http://www.dakks.de/ DIN EN ISO 15189:2014, DIN EN ISO 22870:2006 http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme an 66 Ringversuchen für 74 Analyte aus den Bereichen Hämatologie, Gerinnung, Immunologie, Autoimmundiagnostik, Liquordiagnostik, Blutbank und Virusserologie (verpflichtend nach RiliBÄK 2008)
Ergebnis:	Für 99,5 % der Ringversuchsteilnahmen wurde ein Zertifikat erteilt
Messzeitraum:	Mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2008
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK
Quellenangabe:	www.instandev.de www.rfb.bio
LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Pathologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Ringversuche: Immunhistochemie (HER-2/neu), Proliferation (Ki-67), Progesteronrezeptor, Östrogenrezeptor
Ergebnis:	Erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen laut Vorgaben der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
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)
LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Pathologie / Wöchentliche Sitzungen des Senologischen Arbeitskreises
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Abklärungswürdiger Befund
Ergebnis:	Kategorisierung nach B-Klassifikation (B1-B5)
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	

Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html) AWMF-Register-Nummer: 032-0450L
LEISTUNGSBEREICH:	
LEISTUNGSBEREICH:	Apotheke
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Antibiotikaverbrauchs-Surveillance-Projekt adka-if-DGI
Ergebnis:	(Antibiotikaverbrauchsdaten des Klinikums und seiner Abteilungen sowie Benchmarkdaten)
Messzeitraum:	Jährlich
Datenerhebung:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Rechenregeln:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Referenzbereiche:	Antibiotika-RDD und -DDD
Vergleichswerte:	ADKA-if-DGI Antiinfektiva-Surveillance: 7. Krankenhausvergleichsreport
Quellenangabe:	www.antiinfektiva-surveillance.de
LEISTUNGSBEREICH:	
LEISTUNGSBEREICH:	Apotheke
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Qualitätsindikatoren lt. Anforderungen bei Ringversuchen des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen.
Ergebnis:	Ergebnisse der Ringversuche
Messzeitraum:	Jährlich
Datenerhebung:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Rechenregeln:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Referenzbereiche:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Vergleichswerte:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Quellenangabe:	www.zentrallabor.com
LEISTUNGSBEREICH:	
LEISTUNGSBEREICH:	Apotheke
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an die Apotheke nach den Kriterien der LÄK RLP und nach DIN EN ISO 9001:2008
Ergebnis:	Re-Zertifizierung Oktober 2017
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Anforderungskatalog
Rechenregeln:	Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

LEISTUNGSBEREICH:	Gesamthaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifizierung nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH). Zertifizierungskriterien nach KTQ-Katalog
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 28.08.2015
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Kriterien nach KTQ-Katalog
Rechenregeln:	gem. Kriterien nach KTQ-Katalog
Referenzbereiche:	gem. Kriterien nach KTQ-Katalog
Vergleichswerte:	http://www.ktg.de/
Quellenangabe:	http://www.ktg.de/

LEISTUNGSBEREICH:	Brustzentrum Ludwigshafen
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Brustzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 23.06.2015
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

LEISTUNGSBEREICH:	Darmzentrum Rheinpfalz
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Darmzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 08.03.106
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

LEISTUNGSBEREICH:	Hauttumorzentrum Rheinpfalz
-------------------	-----------------------------

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Hauttumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 22.07.2015
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

LEISTUNGSBEREICH:	Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Kopf-Hals-Tumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Zertifizierung am 07.06.2016
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

LEISTUNGSBEREICH:	Onkologisches Zentrum Ludwigshafen
--------------------------	---

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Onkologische Zentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Zertifizierung am 07.06.2016
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

LEISTUNGSBEREICH:	Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz
--------------------------	---

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Pankreaskarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 08.03.2016
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

LEISTUNGSBEREICH:	
Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Prostatakarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 22.03.2017
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

LEISTUNGSBEREICH:	
Chest Pain Unit (CPU)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an die Chest Pain Unit nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) für Chest Pain Units
Ergebnis:	Zertifizierung 04.01.2010
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://dgk.org/
Quellenangabe:	https://dgk.org/

LEISTUNGSBEREICH:	
Gefäßzentrum	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Gefäßzentrum nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 01.10.2016

Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	http://www.gefaesschirurgie.de/
Quellenangabe:	http://www.gefaesschirurgie.de/

LEISTUNGSBEREICH:	Intensivstationen
--------------------------	--------------------------

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifizierung der Intensivstationen nach den Anforderungen der Pflege e.V. "Angehörige jederzeit Willkommen" (ein erster Schritt zur angehörigengerechten Intensivstation)
Ergebnis:	Zertifizierung 15.05.2015
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/

LEISTUNGSBEREICH:	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.
Ergebnis:	Zertifizierung 13.11.2014
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

LEISTUNGSBEREICH:	Überregionale Stroke Unit
--------------------------	----------------------------------

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	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.
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 21.12.2016
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

LEISTUNGSBEREICH:	Zentraler Reinigungsdienst
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Nach den Anforderungskriterien der DIN EN ISO
Ergebnis:	Zertifizierung 20.12.2013
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. DIN EN ISO 9001:2008
Rechenregeln:	gem. DIN EN ISO 9001:2008
Referenzbereiche:	gem. DIN EN ISO 9001:2008
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

LEISTUNGSBEREICH:	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Nach den Anforderungskriterien der DIN EN ISO
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 27.06.2016
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. DIN EN ISO 9001:2008
Rechenregeln:	gem. DIN EN ISO 9001:2008
Referenzbereiche:	gem. DIN EN ISO 9001:2008
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR)	AUSNAHMETATBE!
1	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	15	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	38	
3	Stammzelltransplantat	25	10	MM04 - Votum der Landesbehörde wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR)	AUSNAHMETATBEI
<p><i>Die Landesbehörde hat den Versorgungsauftrag für den Schwerpunkt "hämatopoetische Stammzelltransplantationen" dem "Gemeinsamen Stammzell-Transplantationszentrum" Rheinland-Pfalz erteilt und somit allen daran beteiligten Kliniken.</i></p>				

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

	VEREINBARUNG BZW. RICHTLINIE
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
2	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	210
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	157
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	151

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).