



Klinikum der Stadt
Ludwigshafen am Rhein
gemeinnützige GmbH

Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2020

gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	4
A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	15
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	18
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	18
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	18
A-9 Anzahl der Betten	20
A-10 Gesamtfallzahlen	20
A-11 Personal des Krankenhauses	21
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	21
A-11.2 Pflegepersonal	21
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	22
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	22

A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	24
A-12.1	Qualitätsmanagement	24
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	29
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	36
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	41
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	43
A-13	Besondere apparative Ausstattung	47
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	48
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	48
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	48
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	48
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	49
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	50
B-[1]	Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)	51
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	51
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	51
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	52
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	53
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	54
B-[1].6.2	Kompetenzdiagnosen	55
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	55
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	56
B-[1].7.2	Kompetenzprozeduren	57

B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	57
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	58
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	58
B-[1].11	Personelle Ausstattung	58
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	58
B-[1].11.2	Pflegepersonal	59
B-[2]	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)	61
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	61
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	61
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	62
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	62
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	64
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	65
B-[2].6.2	Kompetenzdiagnosen	65
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	65
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	67
B-[2].7.2	Kompetenzprozeduren	67
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	67
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	69
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	69
B-[2].11	Personelle Ausstattung	69
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	69
B-[2].11.2	Pflegepersonal	70
B-[3]	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)	72

B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	72
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	72
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	73
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	73
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	75
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	76
B-[3].6.2	Kompetenzdiagnosen	76
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	76
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	78
B-[3].7.2	Kompetenzprozeduren	78
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	78
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	79
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	79
B-[3].11	Personelle Ausstattung	80
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	80
B-[3].11.2	Pflegepersonal	80
B-[4]	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)	83
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	83
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	83
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	83
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	84
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	84
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	86
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	86
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	88

B-[4].6.2	Kompetenzdiagnosen	88
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	88
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	90
B-[4].7.2	Kompetenzprozeduren	90
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	91
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	92
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	92
B-[4].11	Personelle Ausstattung	92
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	92
B-[4].11.2	Pflegepersonal	93
B-[5]	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)	95
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	95
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	95
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	95
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	96
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	96
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	96
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	97
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	98
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	98
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	100
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	100
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	101
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	101
B-[5].11	Personelle Ausstattung	101
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	101
B-[5].11.2	Pflegepersonal	102

B-[6]	Klinik für Geriatrie	104
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	104
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	104
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	104
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	105
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	105
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	106
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	106
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	107
B-[6].6.2	Kompetenzdiagnosen	107
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	108
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	108
B-[6].7.2	Kompetenzprozeduren	108
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	108
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	108
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	108
B-[6].11	Personelle Ausstattung	108
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	108
B-[6].11.2	Pflegepersonal	109
B-[7]	Klinik für Herzchirurgie	111
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	111
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	111
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	111
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	112
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	112
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	113
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	113

B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	114
B-[7].6.2	Kompetenzdiagnosen	115
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	115
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	117
B-[7].7.2	Kompetenzprozeduren	117
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	117
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	118
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	118
B-[7].11	Personelle Ausstattung	118
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	118
B-[7].11.2	Pflegepersonal	119
B-[8]	Urologische Klinik	121
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	121
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	121
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	121
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	122
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	122
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	123
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	123
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	124
B-[8].6.2	Kompetenzdiagnosen	124
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	124
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	126
B-[8].7.2	Kompetenzprozeduren	126
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	127
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	128
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	129

B-[8].11 Personelle Ausstattung	129
B-[8].11.1Ärzte und Ärztinnen	129
B-[8].11.2Pflegepersonal	130
B-[9] Frauenklinik/ Geburtshilfe	132
B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	132
B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel	132
B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	132
B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	133
B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	133
B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	134
B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD	134
B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	135
B-[9].6.2 Kompetenzdiagnosen	136
B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	136
B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	138
B-[9].7.2 Kompetenzprozeduren	138
B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	138
B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	140
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	140
B-[9].11 Personelle Ausstattung	141
B-[9].11.1Ärzte und Ärztinnen	141
B-[9].11.2Pflegepersonal	141
B-[10] Hals-Nasen-Ohren-Klinik	144
B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	144
B-[10].1.1Fachabteilungsschlüssel	144
B-[10].1.2Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	144
B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	145

B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	145
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	146
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD	146
B-[10].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	147
B-[10].6.2	Kompetenzdiagnosen	147
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	148
B-[10].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	149
B-[10].7.2	Kompetenzprozeduren	150
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	150
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	151
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	152
B-[10].11	Personelle Ausstattung	152
B-[10].11.1	Ärzte und Ärztinnen	152
B-[10].11.2	Pflegepersonal	153
B-[11]	Augenklinik	155
B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	155
B-[11].1.1	Fachabteilungsschlüssel	155
B-[11].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	155
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	156
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	156
B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	157
B-[11].6	Hauptdiagnosen nach ICD	157
B-[11].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	158
B-[11].6.2	Kompetenzdiagnosen	158
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	158
B-[11].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	160
B-[11].7.2	Kompetenzprozeduren	160

B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	160
B-[11].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	162
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	162
B-[11].11	Personelle Ausstattung	162
B-[11].11.1	Ärzte und Ärztinnen	162
B-[11].11.2	Pflegepersonal	163
B-[12]	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit	164
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	164
B-[12].1.1	Fachabteilungsschlüssel	165
B-[12].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	165
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	165
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	165
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	166
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD	166
B-[12].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	168
B-[12].6.2	Kompetenzdiagnosen	168
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	168
B-[12].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	170
B-[12].7.2	Kompetenzprozeduren	170
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	170
B-[12].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	172
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	172
B-[12].11	Personelle Ausstattung	173
B-[12].11.1	Ärzte und Ärztinnen	173
B-[12].11.2	Pflegepersonal	173
B-[13]	Klinik für Strahlentherapie	175
B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	175

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel	175
B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	175
B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	176
B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	176
B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	176
B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD	177
B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	178
B-[13].6.2 Kompetenzdiagnosen	178
B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	178
B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	180
B-[13].7.2 Kompetenzprozeduren	180
B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	180
B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	181
B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	181
B-[13].11 Personelle Ausstattung	181
B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen	181
B-[13].11.2 Pflegepersonal	182
B-[14] Hautklinik	184
B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	184
B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel	184
B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	184
B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	185
B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	185
B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	186
B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD	186
B-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	187
B-[14].6.2 Kompetenzdiagnosen	188

B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	188
B-[14].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	189
B-[14].7.2	Kompetenzprozeduren	190
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	190
B-[14].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	191
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	191
B-[14].11	Personelle Ausstattung	191
B-[14].11.1	Ärzte und Ärztinnen	191
B-[14].11.2	Pflegepersonal	192
B-[15]	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie	194
B-[15].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	194
B-[15].1.1	Fachabteilungsschlüssel	194
B-[15].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	194
B-[15].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	195
B-[15].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	195
B-[15].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	196
B-[15].6	Hauptdiagnosen nach ICD	196
B-[15].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	197
B-[15].6.2	Kompetenzdiagnosen	197
B-[15].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	197
B-[15].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	199
B-[15].7.2	Kompetenzprozeduren	199
B-[15].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	200
B-[15].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	200
B-[15].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	201
B-[15].11	Personelle Ausstattung	201
B-[15].11.1	Ärzte und Ärztinnen	201

B-[15].11.Pflegepersonal	202
B-[16] Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin	204
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	204
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel	204
B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	204
B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	205
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	205
B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	205
B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD	205
B-[16].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	207
B-[16].6.2 Kompetenzdiagnosen	207
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	207
B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	209
B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	209
B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	210
B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	210
B-[16].11 Personelle Ausstattung	210
B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen	210
B-[16].11.2 Pflegepersonal	211
B-[17] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin	213
B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	213
B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel	213
B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	213
B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	214
B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	214
B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	215
B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD	215

B-[17].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	215
B-[17].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	216
B-[17].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	216
B-[17].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	216
B-[17].11	Personelle Ausstattung	216
B-[17].11.1	Ärzte und Ärztinnen	216
B-[17].11.2	Pflegepersonal	217
B-[18]	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	219
B-[18].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	219
B-[18].1.1	Fachabteilungsschlüssel	219
B-[18].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	219
B-[18].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	220
B-[18].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	220
B-[18].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	221
B-[18].6	Hauptdiagnosen nach ICD	221
B-[18].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	221
B-[18].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	222
B-[18].7.2	Kompetenzprozeduren	223
B-[18].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	223
B-[18].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	224
B-[18].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	224
B-[18].11	Personelle Ausstattung	224
B-[18].11.1	Ärzte und Ärztinnen	225
B-[18].11.2	Pflegepersonal	225
B-[19]	Institut für Pathologie	226
B-[19].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	226
B-[19].1.1	Fachabteilungsschlüssel	226

B-[19].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	226
B-[19].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	227
B-[19].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	227
B-[19].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	227
B-[19].6	Hauptdiagnosen nach ICD	228
B-[19].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	228
B-[19].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	228
B-[19].7.2	Kompetenzprozeduren	228
B-[19].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	228
B-[19].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	228
B-[19].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	229
B-[19].11	Personelle Ausstattung	229
B-[19].11	Ärzte und Ärztinnen	229
B-[20]	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin	230
B-[20].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	230
B-[20].1.1	Fachabteilungsschlüssel	230
B-[20].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	230
B-[20].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	231
B-[20].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	231
B-[20].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	232
B-[20].6	Hauptdiagnosen nach ICD	232
B-[20].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	232
B-[20].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	232
B-[20].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	233
B-[20].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	233
B-[20].11	Personelle Ausstattung	233
B-[20].11	Ärzte und Ärztinnen	234

B-[20].11.	Pflegepersonal	234
B-[21]	Apotheke	236
B-[21].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	236
B-[21].1.1	Fachabteilungsschlüssel	236
B-[21].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	236
B-[21].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	237
B-[21].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	237
B-[21].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	238
B-[21].6	Hauptdiagnosen nach ICD	238
B-[21].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	238
B-[21].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	238
B-[21].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	238
B-[21].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	238
B-[21].11	Personelle Ausstattung	239
C	Qualitätssicherung	240
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	240
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	240
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	242
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	351
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	352
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	353
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	365
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	365
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	365
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 367 2 SGB V	

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 368 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	369
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	369
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	373

Einleitung

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

Verantwortliche:

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
<hr/>	
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

Links:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSEL	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)
2	Hauptabteilung	0300	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)
3	Hauptabteilung	0700	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)
4	Hauptabteilung	1500	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)
5	Hauptabteilung	1518	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)
6	Hauptabteilung	0100	Klinik für Geriatrie
7	Hauptabteilung	2100	Klinik für Herzchirurgie
8	Hauptabteilung	2200	Urologische Klinik
9	Hauptabteilung	2400	Frauenklinik/ Geburtshilfe
10	Hauptabteilung	2600	Hals-Nasen-Ohren-Klinik
11	Hauptabteilung	2700	Augenklinik
12	Hauptabteilung	2800	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit
13	Hauptabteilung	3300	Klinik für Strahlentherapie
14	Hauptabteilung	3400	Hautklinik
15	Hauptabteilung	3500	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
16	Hauptabteilung	3600	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin
17	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin
18	Nicht-Bettenführend	3751	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSEL	FACHABTEILUNG
19	Nicht-Bettenführend	3790	Institut für Pathologie
20	Nicht-Bettenführend	3792	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
21	Nicht-Bettenführend	3700	Apotheke

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
IK-Nummer:	260730116
Standort-Nummer alt:	0
Standort-Nummer:	772801000
Telefon-Vorwahl:	0621
Telefon:	5030
E-Mail:	info@klilu.de
Krankenhaus-URL:	http://www.klilu.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Hans-Friedrich Günther, Geschäftsführer
Telefon:	0621 503 2089
Fax:	0621 503 2008
E-Mail:	hf.guenther@klilu.de
<hr/>	
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. Günter Layer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt Zentralinstitut für diagnostische und interventionelle Radiologie
Telefon:	0621 503 4500
Fax:	0621 503 4590
E-Mail:	guenter.layer@klilu.de
<hr/>	
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Alexandra Gräfin von Rex, Pflegedirektorin
Telefon:	0621 503 2307
Fax:	0621 503 2334
E-Mail:	rexa@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 Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

2 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Bedingt durch die Covid-19 Pandemie wurden einzelne Leistungen der Geburtshilfe im Jahr 2020 zeitweise ausgesetzt.

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	<p>Akupunktur</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet den Gebärenden geburtshilfliche Akupunktur an.</i></p>
2	<p>Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Ausweitung der Besuchszeiten auf Intensivstationen. Gespräche mit Ärzten finden zu definierten Zeiten statt. Es wurden Infobroschüren gestaltet. Zudem bieten wir ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten. Zertifizierung als angehörigengerechte Intensivstation(en) durch die Stiftung Pflege.</i></p>
3	<p>Atemgymnastik/-therapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Patientinnen und Patienten aller 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-Kursen in der Schwangerschaft teilnehmen. Die Physikalische Therapie bietet weiterhin u.a. Babymassagekurse an.</i></p>
5	<p>Basale Stimulation</p> <p><i>Die Anwendung Nationaler Expertenstandards und verschiedener Pflegekonzepte (z. B. Basale Stimulation) wird für Pflegekräfte im Alltag spürbar. Beratend und begleitend stehen Pflegeexperten, Praxisbegleiter für Basale Stimulation in der Pflege, Kinästhetik-Trainer und Ergotherapeuten zur Verfügung.</i></p>
6	<p>Berufsberatung/Rehabilitationsberatung</p> <p><i>Der Sozialdienst im Klinikum Ludwigshafen übernimmt die Aufgabe der Beratung zu und die Vermittlung in die medizinische Rehabilitation. Dies kann eine Anschlussheilbehandlung über die GRV oder GKV, eine neurologische Früh-Rehabilitation oder eine onkologische/geriatrische Rehabilitation sein.</i></p>
7	<p>Sporttherapie/Bewegungstherapie</p> <p><i>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.</i></p>
8	<p>Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)</p> <p><i>Physiotherapeuten und Ergotherapeuten des IPRM verfügen über eine Fortbildung des Bobath Konzeptes und bieten diese Therapie in allen Fachabteilungen an. Pflegefachkräfte, vor allem in der Neurologie, verfügen über eine Fortbildung im Bobath-Konzept.</i></p>
9	<p>Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Die Diätassistenten der Küche führen regelmäßig Diät- und Ernährungsberatungen bei Patienten durch. Im Rahmen des Expertenstandards findet ein gezieltes Ernährungsassessment (z.B. bei Mangelerscheinungen) statt. Betroffene oder gefährdete Patienten erhalten Beratung durch eine Ökotrophologin.</i></p>
10	<p>Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege</p> <p><i>Der gesetzliche Anspruch auf Unterstützung beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung ist umgesetzt. Multiprofessionelle Teams (alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen) ermitteln während des Patientenaufenthalts den poststationären Bedarf und den Unterstützungsrahmen.</i></p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
11	<p>Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege</p> <p><i>Für alle Fragen rund um die Organisation der Patientenprozesse ist das Prozessmanagement (PM) der jeweiligen Klinik der erste Ansprechpartner für Patienten und Angehörige sowie Einweiser und Mitarbeiter des Klinikums Ludwigshafen.</i></p>
12	<p>Ergotherapie/Arbeitstherapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Ergotherapie an: Funktionstraining, Selbsthilfetraining, Versorgung mit Hilfsmitteln, Gelenkschutz, Hirnleistungstraining, Anpassung an häusliche und berufliche Umgebung.</i></p>
13	<p>Fußreflexzonenmassage</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Fußreflexzonenmassage an.</i></p>
14	<p>Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet Geburtsvorbereitungskurse für Frauen/Paare in deutscher Sprachen an. Weiterhin werden Kurse zur Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik angeboten.</i></p>
15	<p>Kinästhetik</p> <p><i>Nahezu jeder Bereich verfügt im Pflege- und Funktionsdienst über einen Ansprechpartner mit der Qualifikation "Kinästhetik". Der Grundkurs "Kinästhetik in der Pflege" ist Teil der Ausbildung im Klinikum Ludwigshafen.</i></p>
16	<p>Kontinenztraining/Inkontinenzberatung</p> <p><i>Spezielle Methoden von funktioneller Krankengymnastik, Biofeedback- und Elektrotherapie bis zur medikamentösen Behandlung werden angeboten. Sollte eine Operation notwendig sein, steht im zertifizierten Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum ein spezialisiertes interdisziplinäres OP-Team zur Verfügung.</i></p>
17	<p>Manuelle Lymphdrainage</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit der Manuellen Lymphdrainage an.</i></p>
18	<p>Massage</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen verschiedene Massagen an (Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Segmentmassage).</i></p>
19	<p>Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Chirodiagnostik, Chirotherapie und manuelle Therapie an.</i></p>
20	<p>Physikalische Therapie/Bädertherapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Physikalische Therapie (z.B. Hydrotherapie "Heiße Rolle", Ultraschalltherapie und Elektrotherapie) an.</i></p>
21	<p>Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische u. Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen diverse Behandlungsmöglichkeiten an (Krankengymnast. Einzel- u. Gruppenbehandlungen, gerätegestützte Krankengymnastik, KG auf neurophysiologischer Basis, Galileo-Therapie, Behandlung im Schlingenkäfig).</i></p>
22	<p>Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse</p> <p><i>Die Ambulanz des IPRM bietet den Präventionskurs "Aufrichtung und Entlastung der Wirbelsäule"-gesundheitsbewusstes Rückentraining nach §20 SGB V an. Zur Vermeidung von Pflegekomplikationen (z.B. Dekubitus, Sturz, Pneumonie) werden Risikoassessments gem. dem jeweiligen Expertenstandard durchgeführt.</i></p>
23	<p>Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst</p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Den Patienten der onkologischen Zentren/Abteilungen sowie Palliativpatienten bietet das KliLu Beratung u. Unterstützung durch Psychoonkologen an. Die Versorgung umfasst Patientengespräche, die Einbeziehung Angehöriger, Öffentlichkeitsarbeit u. Schulungsangebote für Mitarbeiter.</i>
24	<p>Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik</p> <p><i>Für die Therapeuten des IPRM ist die Haltungsschule wichtiger Bestandteil ihrer Therapie in allen stationären Fachbereichen und im ambulanten Bereich. Zudem wird ambulant der Präventionskurs "Aufrichtung und Entlastung der Wirbelsäule" - gesundheitsbewusstes Rückentraining nach §20 SGB V angeboten.</i></p>
25	<p>Säuglingspflegekurse</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet jeden 2. und 4. Dienstag im Monat Säuglingspflegekurse an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i></p>
26	<p>Schmerztherapie/-management</p> <p><i>Allen Fachabteilungen steht konsiliarisch der Schmerzdienst der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin zur Verfügung. Der entsprechende Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege" ist im Klinikum Ludwigshafen etabliert.</i></p>
27	<p>Sehschule/Orthoptik</p> <p><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></p>
28	<p>Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen</p> <p><i>Die (Tumor-)zentren bieten regelmäßig Seminare und Vorträge an und kooperieren mit Selbsthilfegruppen der Umgebung. Onkologische Fachpflegekräfte bieten jedem Betroffenen individuelle Beratung nach Terminvereinbarung an. Die Neurologie bietet Angehörigenseminare zum Umgang mit Demenzkranken an.</i></p>
29	<p>Spezielle Entspannungstherapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet z.B. die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Meditation, Qi Gong, Yoga und Feldenkrais an.</i></p>
30	<p>Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet verschiedene Geburtsmöglichkeiten, Vorbereitungskurse für Frauen einschließlich Rückbildungsgymnastik, Yoga in der Schwangerschaft, Akupunktur und Homöopathie zur Geburtsvorbereitung an. Schmerzlinderung, u. a. als therapeutische Intervention, kann durchgeführt werden.</i></p>
31	<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>
32	<p>Stillberatung</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet, zusätzlich zur Beratung im Wochenbett, jeden 2. und 4. Dienstag im Monat eine Stillgruppe mit Laktationsberatung an. Es gibt ein liebevoll eingerichtetes Stillcafé. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i></p>
33	<p>Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie</p> <p><i>Neben der Behandlung von Sprach-/Sprechstörungen wird bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten insb. die Diagnostik/Therapie von Schluckstörungen zur Vorbeugung von Aspirationspneumonien fokussiert. B. Bed. werden besondere diagn. Maßnahmen, z.B. videoendoskop. Schluckuntersuchung, eingesetzt.</i></p>
34	<p>Stomatherapie/-beratung</p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

Für die Stomaberatung bestehen Kooperationsverträge mit den Firmen PubliCare sowie GHD. Diese übernehmen die Erstversorgung und Beratung der Patienten. Für weitere Fragen stehen fortgebildete Pflegefachkräfte zur Verfügung.

35 Wärme- und Kälteanwendungen

Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet verschiedene Wärme-/Kältetherapien an.

36 Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik

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.

37 Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

Das Diabeteszentrum bietet für stationäre Patienten Schulungen zu Diabetes Mellitus Typ I und Typ II an. Zudem versorgt ein multiprofessionelles Behandlungsteam besondere Bedarfe der Diabetespatienten (z.B. Behandlung Diabetisches Fußsyndrom).

38 Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie

Die Geburtshilfe bietet eine homöopathische Versorgung an.

39 Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

Das Klinikum Ludwigshafen kooperiert eng mit dem Reha Team Vorderpfalz (Sanitätshaus). Die Hilfsmittel werden i.d.R. noch während des stationären Aufenthalts an die Patienten geliefert, damit die korrekte Nutzung und individuelle Anpassung mit den behandelnden Therapeuten beübt bzw. erfolgen kann.

40 Wundmanagement

Im Sinne einer optimierten Behandlung chronischer Wunden liegt eine schriftliche Empfehlung der multiprofessionell besetzten AG Wundheilung vor. Diese regelt Reinigungsmaßnahmen und den Einsatz von Wundauflagen bei verschiedenen Indikationen. Pflegeexperten mit Zusatzqualifikation werden einbezogen.

41 Aromapflege/-therapie

Der Kreißaal bietet den Gebärenden geburtshilfliche Aromapflege an.

42 Audiometrie/Hördiagnostik

Die Hals-Nasen-Ohren-Klinik bietet sämtliche Verfahren der Hördiagnostik inklusive Hirnstammaudiometrie (BERA) und Nachweise otoakustischer Emissionen (OAE) an

43 Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)

Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis nach PNF an.

44 Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

Die Kliniken, Tumorzentren und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit diversen Selbsthilfegruppen (u. a. Frauenselbsthilfe nach Krebs, Deutsche ILCO e.V. etc.) zusammen.

45 Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden

Das Ethikforum fördert den ethischen Diskurs und kann bei ethisch schwierigen Fragen beratend hinzugezogen werden. Ethische Leitlinien im Umgang mit Sterbenden sollen Orientierung geben und Veränderungen anregen. Jede Station verfügt über Materialien um den Abschied von Verstorbenen zu gestalten.

46 Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining

Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit des Hirnleistungstrainings an.

47 Snoezelen

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Im angegliederten Pflegeheim des Klinikums wird eine spezielle gerontopsychiatrische Betreuung für Demenzerkrankte, ergänzt durch Snoezelen, angeboten.</i>
48	<p>Sozialdienst</p> <p><i>Der Sozialdienst ist zuständig für die (psycho-)soziale Beratung der Patienten sowie die Verzahnung zwischen stationärer-, nachstationärer- und/oder ambulanter Versorgungsphase, einschließlich Rehabilitation und ambulanter/stationärer Pflege.</i></p>
49	<p>Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p> <p><i>Es werden regelmäßig Informations- und Patiententage für die breite Öffentlichkeit, digital wie auch vor Ort, angeboten, aus nahezu allen Fachbereichen des Klinikums. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Veranstaltungen/Presse.</i></p>
50	<p>Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet u.a. Neugeborenencreening inkl. Hörscreening an. Es besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an Kreißsaalführungen, 2x monatl. Führungen durch Hebamme und Sektionsleitung und individuelle Führung nach Vereinbarung. Außerdem gibt es das Angebot der Babymassage und ein Stillcafé.</i></p>
51	<p>Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen</p> <p><i>Die NE bietet spez. Diagnostik für Patienten mit neuromuskulären Erkrank. an. Es bestehen Angebote über Spezialsprechstd. zu "Multiple Sklerose & andere entzündl. Erkrank.", Botox-Therapie, elektromyografische und -neurografische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien.</i></p>
52	<p>Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> <p><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></p>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	<p>Ein-Bett-Zimmer</p> <p><i>Bei Verfügbarkeit besteht auf Wunsch für Patienten gegen zusätzliches Entgelt die Möglichkeit in einem Ein-Bett-Zimmer untergebracht zu werden.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</p>
2	<p>Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p><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></p> <p>https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</p>
3	<p>Zwei-Bett-Zimmer</p> <p><i>Bei Verfügbarkeit ist auf Wunsch eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer möglich.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</p>
4	<p>Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p><i>Bei Verfügbarkeit ist eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer mit separater Nasszelle und Dusche möglich.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</p>
5	<p>Rooming-in</p> <p><i>Es wird ein fast ausnahmsloses Rooming-In angeboten, d.h. Neugeborene können Tag und Nacht bei ihren Müttern im Zimmer bleiben. Ein Familienzimmer steht zur Verfügung. Die Kosten belaufen sich auf ca. 100€. Es besteht außerdem die Möglichkeit, Geschwisterkinder mit der Mutter aufzunehmen.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geburtshilfe/index_ger.html</p>
6	<p>Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)</p> <p><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 gibt es zu den Cafeteriapreisen.</i></p>

LEISTUNGSANGEBOT

- https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html
- 7 Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
- Der Lotsendienst der "Grünen Damen und Herren" im Eingangsbereich des Klinikums begleitet auf Wunsch neu einbestellte Patienten zu ihren Stationen bzw. Therapiezentren und bietet Orientierungshilfe.*
- https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/gruene_damen_und_herren/index_ger.html
- 8 Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
- Unter Berücksichtigung der medizinischen und pflegerischen Betreuung stehen dem Patienten verschiedene Menüs zur Auswahl. Speziell ausgebildete Menüerstellerinnen erfragen die individuellen Essenswünsche. Darüber hinaus steht eine Diätabteilung und eine Ökotrophologin zur Beratung zur Verfügung.*
- https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html
- 9 Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- Die Kliniken und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit unterschiedlichen Selbsthilfegruppen zusammen (z. B. Prostatakrebs Rhein-Neckar e. V., Adipositas Ludwigshafen etc.). Informationen erhalten Sie auf Anfrage direkt bei der Klinik.*
- https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html
- 10 Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
- Das Klinikum Ludwigshafen bietet regelmäßig Informationsveranstaltungen für Patienten und Interessierte an (u.a. Onkologisches Forum, Elternabende, etc.). Diese Veranstaltungen werden über soziale Netzwerke und Aushänge bekanntgegeben. Die Veranstaltungen finden digital und in Präsenz statt.*
- https://www.klilu.de/presse_termine/termine_veranstaltungen/index_ger.html
- 11 Seelsorge/spirituelle Begleitung
- Die kath. u. evang. Seelsorge bietet Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden Unterstützung bei Fragen u. Sorgen an und ist Ansprechpartner für religiöse Belange. Die ehrenamtliche islamische Seelsorge ist Ansprechpartner für persönliche und religiöse Belange islamischer Patienten und Angehöriger.*
- https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html

LEISTUNGSANGEBOT

12 Abschiedsraum

Die Abschiedsräume (Herzzentrum und Haus A/B) sollen Angehörigen/Bezugspersonen ermöglichen, in einer geschützten Atmosphäre von ihren Verstorbenen Abschied zu nehmen und der eigenen Trauer Raum und Zeit zu geben.

https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html

13 Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)

Alle Serviceleistungen (z.B. Walleistungen, Cafeteria, Bibliothek, etc.) sind auf der Internetseite "KliLu von A-Z" aufgeführt.

https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Frau Dipl.-Soz.-Päd. Monika Hossain, Leitung Sozialdienst
Telefon:	0621 503 2110
Fax:	0621 503 4464
E-Mail:	Hossainm@klilu.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	<p>Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift</p> <p><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></p>
2	<p>Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung</p> <p><i>Die Schilder des Wegeleitsystems sind in gut lesbarer und kontrastreicher Beschriftung überwiegend in Augenhöhe angebracht.</i></p>
3	<p>Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen</p> <p><i>Auf Wunsch begleiten ehrenamtlich tätige "Grüne Damen" sehbehinderte Patienten zu ihren Stationen/Therapiezentren. Neben den Grünen Damen stehen auch die Mitarbeiter der Pforte für Orientierungsfragen von Besuchern zur Verfügung. Zudem helfen alle Klinikmitarbeiter gerne bei der Orientierung.</i></p>
4	<p>Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt nahezu ausnahmslos über Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche.</i></p>
5	<p>Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen</p> <p><i>Die Eingangsbereiche, die Zentrale Patientenaufnahme sowie die Stationen/Therapiezentren des Klinikums Ludwigshafen können entweder ebenerdig, über rollstuhlgerechte Aufzüge oder über spezielle Rampen erreicht werden.</i></p>
6	<p>Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt klinikweit über gut ausgestattete Aufzüge, welche von Patienten mit Rollstuhl genutzt werden können. Die selbständige Zugänglichkeit ist hausweit gegeben.</i></p>
7	<p>Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über gut ausgestattete Toiletten zur Nutzung durch Besucher/innen mit einem Rollstuhl. Die selbständige Zugänglichkeit ist hausweit gegeben.</i></p>
8	<p>Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</p> <p><i>Auf dem Klinikgelände sind 10 Behindertenparkplätze vorhanden. Alle Klinikgebäude sind entweder ebenerdig, über rollstuhlgerechte Aufzüge oder über spezielle Rampen zu erreichen.</i></p>
9	<p>Besondere personelle Unterstützung</p> <p><i>Auf Wunsch begleiten ehrenamtlich tätige "Grüne Damen" mobilitätseingeschränkte Patienten zu ihren Stationen/Therapiezentren. Hausinterne Krankentransporte in Funktionsabteilungen, OP oder auf Station erfolgen über den Krankentransportdienst, je nach Bedarf, im Bett, Sitzwagen oder in Fußbegleitung.</i></p>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

- 10 Arbeit mit Piktogrammen
Im Klinikum Ludwigshafen kommen verschiedene Piktogramme (z.B. Notausgang, Rettungszeichen, Händehygiene) zum Einsatz.
- 11 Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
Die Regelungen zum Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz sind in einer Verfahrensanweisung zusammengefasst. Spezialisierte Pflegeexpertinnen für Demenz und kognitive Einschränkungen stehen den Fachkräften auf den Stationen kontinuierlich zur Verfügung.
- 12 geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
Dem Klinikum Ludwigshafen stehen elektrisch verstellbare Betten zur Verfügung, die auch für ein hohes Gewicht ausgelegt sind. Bei Bedarf können Schwerlastbetten, spezielle Matratzen bzw. druckentlastende Prophylaxematratzen für schwergewichtige Patienten bestellt werden.
- 13 OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
Dem Klinikum Ludwigshafen stehen verstellbare OP-Tische für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.
- 14 Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht werden vorgehalten.
- 15 Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
Dem Klinikum Ludwigshafen stehen Körperwaagen (z.B. Sitz- und Bettwaagen), Blutdruckmanschetten, etc. für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.
- 16 Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
Für Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße stehen dem Pflegepersonal verschiedene Hilfsgeräte, wie z.B. Schwerlastrollstühle, Patientenlifter, Schwerlasthocker und Roll- und Toilettenstühle mit Überbreite, zur Verfügung.
- 17 Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
Im Klinikum sind verschiedene Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht vorhanden.
- 18 Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten
In den beiden Aufnahmebereichen der zentralen Patientenaufnahmen im Haus A und Haus H werden die Patienten im Wartebereich über einen Monitor und ein akustisches Signal aufgerufen.
- 19 Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
Teilweise stehen verschiedene Informationsmaterialien und Flyer in mehreren Sprachen zu dem Leistungsspektrum des Klinikums zur Verfügung.
- 20 Aufzug mit visueller Anzeige
Alle Fachabteilungen des Klinikums sind mit einem Aufzug erreichbar. Die Aufzüge verfügen vollständig über visuelle Stockwerksanzeigen.
- 21 Diätetische Angebote

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
	<i>Patienten und Patientinnen mit tumorbedingten Ernährungsstörungen, aber auch mit bereits vorbestehenden Ernährungsstörungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen und Übergewicht werden durch geschulte Diätassistentinnen beraten.</i>
22	<p>Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</p> <p><i>Die Neurologie und Geriatrie des Klinikums Ludwigshafen arbeiten mit Farbkonzepten und Orientierungshilfen (z. B. Piktogramme, Signalfarben, u.a. zur Kennzeichnung von Toilettentüren/-rahmen), damit sich Menschen mit Demenz oder geistigen Behinderung leichter zurecht finden.</i></p>
23	<p>Dolmetscherdienst</p> <p><i>Durch die Schulung interkultureller Kompetenz, einen hausinternen Dolmetscherdienst, bestehend aus Mitarbeitern mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen, und umfassende Übersetzungshilfen im hauseigenen Intranet, ermöglicht das Klinikum eine moderne Versorgung aller Bevölkerungsgruppen.</i></p>
24	<p>Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal</p> <p><i>Für eine medizinische Behandlung ohne Sprachbarriere stehen Mitarbeiter aller Berufsgruppen, mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen, zur Verfügung.</i></p>
25	<p>Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung</p> <p><i>Die Klinikkapelle befindet sich im Haus B, 5. OG. Hier finden sonntags um 09.00Uhr im Wechsel der katholische und evangelische Gottesdienste statt. Die Kapelle ist barrierefrei zu erreichen. Die Gottesdienste werden in die Krankenzimmer (TV Kanal 102) übertragen.</i></p>
26	<p>Allergenarme Zimmer</p> <p><i>In der Medizinischen Klinik A gibt es für Leukämie-Patienten zwei allergenarme Zimmer, die ausschließlich über eine Schleuse betreten werden können.</i></p>
27	<p>Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen</p> <p><i>In jedem Patientenzimmer des Klinikums befinden sich akustische/visuelle Signalanlagen (Patientenruf).</i></p>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	<p>Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten</p> <p><i>Chef- und Oberärzte des Klinikums erfüllen Lehraufträge an den medizinischen Fakultäten Mainz und Mannheim sowie an denjenigen Universitäten, an denen sie selbst habilitiert haben.</i></p>
2	<p>Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen</p> <p><i>Abteilungsleiter und Fachkräfte des Klinikums beteiligen sich als Lehrbeauftragte an der Hochschule Ludwigshafen im Studiengang "Gesundheitsökonomie im Praxisverbund" sowie an der DHBW Mannheim.</i></p>
3	<p>Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)</p> <p><i>Das KliLu ist akad. Lehr-KH (29 Studierende Uni Mainz, 20 Plätze med. Fak. MA). Neben den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin u. amb. Medizin (nur MA) werden verschiedene Wahlpflichtfächer angeboten. Studierenden anderer med. Fak., auch aus dem europ. Ausland, wird eine Famulatur ermöglicht.</i></p>
4	<p>Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen arbeitet mit Hochschulen bzw. Universitäten zu den unterschiedlichsten Themen projektbezogen zusammen. Zudem wird Studierenden das Ableisten des Praxissemesters, studiengangsbezogener Praxisphasen oder einer Abschlussarbeit (Bachelor/Master) ermöglicht.</i></p>
5	<p>Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien</p> <p><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></p>
6	<p>Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien</p> <p><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></p>
7	<p>Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien</p> <p><i>Eigens geplante klinisch-wissenschaftliche Forschungsprojekte werden selbst initiiert u. geleitet, auch unter Beteiligung ext. koop. Forschungszentren (z.B. in Kooperation mit der ansässigen Stiftung für Herzinfarktforschung- welche sich der Erforschung v. kardiovaskulären Erkrankungen widmet).</i></p>
8	<p>Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher</p> <p><i>Zahlreiche Chefärzte, Fachärzte, Abteilungsleiter und andere Fachkräfte veröffentlichen Beiträge in wissenschaftlichen Journalen oder Lehrbüchern.</i></p>
9	<p>Doktorandenbetreuung</p> <p><i>Im Klinikum Ludwigshafen werden Doktoranden in den verschiedenen Fachkliniken und medizinischen Instituten betreut.</i></p>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	<p>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin</p> <p><i>Mit dem Abschluss des Examens wird die fachbezogene Fachhochschulreife erlangt. Pro Jahr nehmen 4 Azubis in Kooperation mit der Hochschule Ludwigshafen am dualen Bachelor-Studiengang "Pflege" teil. Im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU wird ein Stationseinsatz im europäischen Ausland ermöglicht.</i></p>
2	<p>Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)</p> <p><i>Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen des Klinikums.</i></p>
3	<p>Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)</p> <p><i>Die OTA-Schule ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft anerkannt und bildet eigene sowie Auszubildende umliegender kooperierender Krankenhäuser aus. Auszubildende erhalten im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU die Möglichkeit, einen OP-Einsatz im europäischen Ausland zu absolvieren.</i></p>
4	<p>Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)</p> <p><i>Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen. Seit 2015 nehmen max. je 12 Auszubildende pro Jahr in Kooperation mit der Hochschule Kaiserslautern, Campus Zweibrücken, an dem dualen Studiengang "Medizin- und Biowissenschaften" teil.</i></p>
5	<p>Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet den Schülern der PT-Akademie an der BG Klinik Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung. Der Einsatz erfolgt in den Fachbereichen Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie sowie Urologie.</i></p>
6	<p>Ergotherapeut und Ergotherapeutin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet Schülern verschiedener Ergotherapie-Schulen im Umkreis von Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung.</i></p>
7	<p>Podologe und Podologin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen ist praktischer Ausbildungspartner für Schüler der IB Schulen in Mannheim und Trier (Kooperationsvertrag). Der Einsatz erfolgt in der Hautklinik des Klinikums.</i></p>
8	<p>Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen ist Kooperationspartner verschiedener externer Schulen, die die Ausbildung zum Notfallsanitäter/ zur Notfallsanitäterin anbieten. Auszubildende dieser Schulen können die klinisch-praktische Ausbildung in ausgewählten Funktions- und Stationsbereichen absolvieren.</i></p>
9	<p>Logopäde und Logopädin</p> <p><i>Schüler/Studenten externer Ausbildungsstätten können im Klinikum ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.</i></p>
10	<p>Diätassistent und Diätassistentin</p> <p><i>Schüler externer Ausbildungsstätten können in der Hauptküche/Diätküche des Klinikums ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.</i></p>
11	<p>Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)</p> <p><i>Die ATA-Schule des Klinikums wurde am 01.04.2020 eröffnet und ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft anerkannt. Sie bildet eigene sowie Auszubildende umliegender kooperierender Krankenhäuser aus.</i></p>
12	<p>Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner</p>

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN

Zur Umsetzung der praktischen generalistischen Ausbildung wurden Kooperationsvereinbarungen mit umliegenden Krankenhäusern sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege getroffen. Im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU wird ein Stationseinsatz im europäischen Ausland ermöglicht.

13 Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.

Ab Oktober 2021 bietet das Klinikum im Kooperation mit der DHBW Mannheim den dualen Studiengang "Pflegefachfrau/ Pflegefachmann B. Sc." an.

14 Altenpflegerin, Altenpfleger

Das Klinikum Ludwigshafen ermöglicht Auszubildenden verschiedener regionaler Altenpflegeschulen das Ableisten des im Ausbildungsrahmenplan vorgesehenen Krankenhauseinsatzes.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 997

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	34792
Teilstationäre Fallzahl:	950
Ambulante Fallzahl:	87039

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	354,78	354,19	0,59	44,56	310,22
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	205,85	205,26	0,59	25,97	179,88

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50				
---	-------	--	--	--	--

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	683,69 44,81 ¹⁾	683,69 44,81	0,00 0,00	27,66 0,00	656,03 44,81
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	46,88 0,90 ²⁾	46,88 0,90	0,00 0,00	0,00 0,00	46,88 0,90
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	34,63 2,01 ³⁾	34,63 2,01	0,00 0,00	0,00 0,00	34,63 2,01
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	15,00 0,00	15,00 0,00	0,00 0,00	0,03 0,00	14,97 0,00
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,48 0,00	6,48 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	6,48 0,00
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,90 0,00	9,90 0,00	0,00 0,00	1,46 0,00	8,44 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	108,88 7,84 ⁴⁾	108,88 7,84	0,00 0,00	15,75 0,00	93,13 7,84

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

¹⁾ Hauptnachtschwestern: 9,58 VK / Kodierfachkräfte: 1,05 VK / Prozessmanager: 15,42 VK / Pflegedienstleitung: 10,79 VK / Zentrale Patientenaufnahme: 6,99 VK / Sozialdienst: 0,75 VK / Covid-Untersuchung: 0,23

²⁾ Hauptnachtschwestern: 0,29 VK / Kodierfachkräfte: 0,21 VK / Zentrale Patientenaufnahme: 0,40 VK

³⁾ Hauptnachtschwestern: 2,01 VK

⁴⁾ Krankentransportdienst: 1,00 VK / Prozessmanager 2,17 VK / Sozialdienst 0,08 VK / Zentrale Patientenaufnahme 3,27 VK / Covid-Untersuchungen: 1,32 VK

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

Angabe entfällt

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

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,

Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistentin und Diätassistent	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00
Ergotherapeutin und Ergotherapeut	3,93	3,93	0,00	0,00	3,93
Erzieherin und Erzieher	9,41	9,41	0,00	0,00	9,41
Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	5,85	5,85	0,00	0,00	5,85
Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	0,35	0,35	0,00	0,00	0,35
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	76,60	76,60	0,00	0,00	76,60
Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	24,97	24,97	0,00	0,00	24,97
Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	8,42	8,42	0,00	0,00	8,42
Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augentoptiker	2,36	2,36	0,00	0,00	2,36
Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	21,05	21,05	0,00	0,00	21,05
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	29,66	29,66	0,00	0,00	29,66

Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	3,69	3,69	0,00	0,00	3,69
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	6,75	6,75	0,00	0,00	6,75
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	2,16	2,16	0,00	0,00	2,16
Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	2,50	2,50	0,00	0,00	2,50
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	8,76	8,76	0,00	0,00	8,76
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	11,02	11,02	0,00	0,00	11,02
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	11,15	11,15	0,00	0,00	11,15
Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	15,08	15,08	0,00	0,00	15,08
Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	62,34	62,34	0,00	0,00	62,34
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	84,43	84,43	0,00	0,00	84,43

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,
Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Gemeinsam mehr erreichen

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

Die Stabsstelle Qualitätsmanagement (QM) ist der Geschäftsführung direkt zugeordnet, sodass Prozesse und Projekte zentral initiiert, geleitet und koordiniert werden können. Durch interne Audits, Prozessoptimierungen in Arbeitsgruppen, Datenanalysen und andere QM-Werkzeuge ist ein kontinuierlicher Prozess zur Sicherung des Qualitätssystems gewährleistet. In regelmäßigen Abständen finden Besprechungen (QM-AG/ Lenkungs-gremium) statt. Die QM-AG setzt sich aus den Leitungen der Bereiche Pflegedirektion, Ärztliche Direktion, Wirtschaftsgesellschaft, GB Infrastruktur, Krankenhaushygiene sowie dem QM zusammen. In den Treffen werden Prozesse, Themen aus dem Gesamthaus sowie Ergebnisse aus internen Audits/ Risikoaudits/ CIRS/ Beschwerden, usw. besprochen, Maßnahmen abgeleitet und Umsetzungen evaluiert.

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

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

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

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

Kundenzufriedenheit

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

Die Patienten des Klinikums können sich mit ihren Anliegen persönlich an jeden Mitarbeitenden, aber auch an unsere Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten wenden. Diese Kontaktstelle wurde eingerichtet, damit die Patienten während ihres Aufenthaltes die Möglichkeit haben, sich aktiv zu den verschiedenen Leistungsbereichen zu äußern. Über sogenannte Interviews, die vor Ort bei den Patienten stattfinden,

können positive wie auch negative Eindrücke und Erfahrungen direkt zurückgemeldet werden. Anhand dieser Rückmeldungen werden zeitnah Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Über interne und externe Druckmedien, wie zum Beispiel Klinikumsbroschüre, Visitenkarten, klinikinterne Mitarbeiterzeitschrift, Presseartikel, Online-Kontaktformular, usw., wird auf die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten hingewiesen. Telefonisch ist die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten von Montag bis Freitag zu den üblichen Dienstzeiten erreichbar. Außerdem gibt es die Möglichkeit, sich persönlich zu den Sprechstunden (Montag bis Donnerstag von 14:00-15:00 Uhr) oder nach Vereinbarung an die Leiterin der Kontaktstelle zu wenden.

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

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

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

Interne Audits

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

Zertifizierungen

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

Hier finden Sie unsere Zertifizierungen im Überblick:

- Onkologisches Zentrum Ludwigshafen

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

Onkologischen Zentrums ist die Kompetenz aller Tumorzentren gebündelt.

- Brustzentrum Ludwigshafen

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

- Hauttumorzentrum Rheinpfalz

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

- Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen

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

- Prostatakarzinomzentrum

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

- Viszeralonkologisches Zentrum Rheinpfalz

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

- Diabeteszentrum

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

- Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie

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

- Gefäßzentrum

Das Gefäßzentrum ist seit 2013 zertifiziert. Die Anwendung des Wissens und der Erfahrungen aller beteiligten Abteilungen sowohl bei der Indikationsstellung, als auch

bei der Wahl des individuell besten Behandlungsverfahrens garantiert einen optimalen Therapieerfolg. Das Klinikum verfügt zudem über ein Team aus Wundspezialisten, die abteilungsübergreifend einen Wundbehandlungsstandard erarbeitet haben.

- Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum

Das Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum ist als Zusammenschluss von Experten unterschiedlicher Fachrichtungen seit 2006 zertifiziert. Behandelt werden alle Formen der Harn- und Stuhlinkontinenz wie auch Entleerungsstörungen von Blase und Darm. Mit Einfühlbarkeit und Freundlichkeit versteht es unser Team, Patienten die Scheu zu nehmen.

- Neuromuskuläres Zentrum Rhein-Neckar

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

- Shunt-Referenzzentrum

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

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

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

- Angehörigenfreundliche Intensivstation

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

- Apotheke

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

- Chest Pain Unit

Die Chest Pain Unit (Notfalleinrichtung für Patienten mit unklarem Brustschmerz) ist seit

2010 zertifiziert und integraler Bestandteil der internistischen Notaufnahme. Hier stehen rund um die Uhr kardiologisch versierte Ärzte bereit, die sofort alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte einleiten.

- Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

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

- Informationssicherheitsmanagementsystem

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

- Überregionale Stroke Unit

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

- Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)

Die Aufgaben der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) im Klinikum Ludwigshafen sind die Reinigung, Desinfektion, Pflege, Sortierung, Sterilisation und Bereitstellung von Medizinprodukten, beispielsweise Operationsinstrumente. Dafür wurde die ZSVA mit modernster Reinigungs- und Sterilisationstechnik ausgestattet. Die Arbeitsmenge liegt bei rund 60.000 Sterilguteinheiten (STE). Insgesamt arbeiten 25 Vollkräfte im Dreischichtbetrieb. Umfangreiche Qualifizierungsangebote sorgen für optimale Betriebsabläufe.

- Aktion Saubere Hände

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

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Antonie Ege, Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement
Telefon:	0621 503 2021
Fax:	0621 503 2139
E-Mail:	qm@kilu.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:

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

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

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

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

Ein Risikomanagementhandbuch liegt entsprechend den Vorgaben der ONR 49000 vor.

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

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

- **Risikomanagement schafft und schützt unsere Werte**
Risikomanagement trägt zur Zielerreichung und Wertmehring bei; Grundlage ist die Gesundheitsfürsorge als Kernaufgabe unserer Einrichtung.
- **Risikomanagement ist Bestandteil von Organisationsprozessen**
Risikomanagement liegt in der Verantwortung der Geschäftsführung und ist ein integraler Teil aller Organisationsprozesse.
- **Risikomanagement ist Teil der Entscheidungsfindung**
Risikomanagement hilft Entscheidungsträgern, informiert und risikoadäquat zu handeln und zu priorisieren.

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

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

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

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

- **Interview**

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

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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 – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/
Funktionsbereiche:

Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement, Leitung Stabsstelle Controlling, Leitung Erlösmanagement/Medizincontrolling, Leitung Stabsstelle Compliance und Recht

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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

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

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

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

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

In einer hausweit gültigen Verfahrensanweisung ist der Umgang mit dem Fehlermeldesystem

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

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

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

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

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

3. Patienten-ID-Armband (Identifikationsarmband) "Sicher durchs Krankenhaus"

Patientenidentifikation ist ein wesentlicher Aspekt im Rahmen der Patientensicherheit und das Patientenarmband trägt zur sicheren Identifikation bei, insbesondere wenn aufgrund einer Narkose oder anderer Faktoren das Bewusstsein fehlt.

Patienten erhalten für den gesamten Aufenthalt im KliLu ein Patientenidentifikationsarmband, das bei der Patientenaufnahme am Handgelenk angelegt wird. Um die Sicherheit auch im Bereich der Neugeborenen zu gewährleisten erhalten die Säuglinge zwei Patientenarmbänder, die am Arm sowie am Fußgelenk angebracht werden.

4. Patientensicherheit bei Operationen und invasiven Eingriffen - "weil's drauf ankommt"

Ein weiteres Sicherheitsmerkmal sind Sicherheits-Checklisten, die bei operativen und invasiven Eingriffen zum Tragen kommen. Die Checkliste dient dazu, dass alle am Prozess beteiligten Mitarbeiter zu jeder Zeit in Kenntnis aller relevanten Daten und Fakten sind. Diese wird von Station bis in den OP-Bereich geführt und dient als Leitfaden für alle Handlungsschritte.

Maßnahmen zur Patientensicherheit:

- aktive Übergaben von einer Berufsgruppe zur anderen
- "gegen-checken" von Informationen im multiprofessionellen Team
- Abgleichen der Identifikationsinstrumente wie ID-Armband, Bettetikett und Patientenakte
- Kontrollieren von medizinisch-therapeutischen Sachverhalten

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

5. Interne Audits

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

6. Pflichtschulungen für die Mitarbeiter

Im Klinikum werden Pflichtschulungen als Online-Schulungen angeboten. Dadurch können die Mitarbeiter selbst entscheiden, wann sie die Schulung innerhalb ihrer Arbeitszeit absolvieren möchten. Zusätzlich bietet das Klinikum Präsenzs Schulungen, wie zum Beispiel Reanimationsschulungen, an.

Die Reanimationsschulungen werden für alle Mitarbeiterbereiche (Pflege, Ärzte, MTA) mit MegaCode-Trainern (spezielle Übungspuppen mit automatischer Qualitätskontrolle) durchgeführt, welche Herzdruckmassage, Beatmung, No-Flow-Zeit, Zeitalgorithmus, etc. auswertet und anzeigt. Zudem erfolgt eine kurze schriftliche Erfolgskontrolle. Die Reanimationsschulungen (BLS) sind für alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt verpflichtend. In Risikobereichen erfolgen jährliche Schulungen nach ACLS. Die stattgefundenen Reanimationseinsätze im Klinikum werden auf standardisierten Protokollen erfasst, jährlich ausgewertet und besprochen.

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintritts-wahrscheinlichkeit Letzte Aktualisierung: 10.09.2020</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Medizinisches Notfallmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 19.05.2021</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Ärztlichen und Pflegerischen Tätigkeit bei akuten, chronischen und tumorbedingten Schmerzen sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 18.03.2019</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 25.03.2020</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Berufsgruppenübergreifende VA zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 23.09.2019</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
8	<p>Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Freiheitsentziehende Maßnahmen sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</i> <i>Letzte Aktualisierung: 03.10.2018</i></p>
9	<p>Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Meldung von Vorkommnissen in Verbindung mit Medizinprodukten sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</i> <i>Letzte Aktualisierung: 13.05.2020</i></p>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	<p>Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Transferchecklisten; VA Zählkontrolle von Instrumenten und Textilien innerhalb des Operationsprozesses sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</i> <i>Letzte Aktualisierung: 28.07.2020</i></p>
14	<p>Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: CL Patientenvorbereitung auf Station; OP-Transferchecklisten</i> <i>Letzte Aktualisierung: 03.04.2019</i></p>
15	<p>Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AA Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen im OP sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen; OP-Transferchecklisten</i> <i>Letzte Aktualisierung: 16.10.2019</i></p>
16	<p>Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standards und Empfehlungen (Regelungen zu: Aufwachraum Protokoll, Narkoseprotokoll/ Anordnung für Aufwachraum (Narco-Data), Schmerzscore, Aldrete's Score) sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</i> <i>Letzte Aktualisierung: 18.04.2019</i></p>
17	<p>Entlassungsmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Entlassmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</i> <i>Letzte Aktualisierung: 10.12.2019</i></p>

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, Klinikkonferenzen

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: 13.11.2018</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

wöchentlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

CIRS ist flächendeckend umgesetzt u. ein wichtiges Instrument des QM's zur Steigerung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit. Themen werden in interdisziplinären Arbeitsgruppen gesamthausbezogen analysiert, aufgearbeitet und b. Bed. Prozesse optimiert. Maßnahmen werden kontinuierlich abgeleitet, kommuniziert und in der Praxis umgesetzt. Z.B. in den Bereichen Arbeits- und Mitarbeitersicherheit, Umgang mit Arzneimitteln, Logistik, Notfallmanagement und Sicherung interner Prozessabläufe.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Ja

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	CIRS Health Care

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	2 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	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⁾ Derzeit befinden sich 2 weitere Pflegekräfte in Weiterbildung zur Hygienefachkraft.

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, Chefarzt des Instituts für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Telefon:	0621 503 3500

Fax:

0621 503 3520

E-Mail:

bauermat@klilu.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe 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 auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/ Patiententag):	31
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/ Patiententag):	152

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	<p>Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten</p> <p>Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</p> <p>Die Referenzdaten aller teilnehmenden Krankenhäuser sind auf der Homepage des Nationalen Referenzzentrums für Nosokomiale Infektionen verfügbar.</p>
2	<p>Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen</p> <p>Das Klinikum nimmt an dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen an folgenden Modulen teil: HAND-KISS, ITS-KISS, OP-KISS. Das HAND-KISS ist mit der Silber-Urkunde ausgezeichnet.</p>
3	<p>Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen</p> <p>Name: Teilnahme am MRE-Netzwerk (Multiresistente Erreger) der Metropolregion Rhein-Neckar</p>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Am MRE-Netzwerk nehmen insgesamt 36 Kliniken der Metropolregion Rhein-Neckar teil. Diese Kliniken erarbeiten u.a. einheitliche Hygieneempfehlungen und bearbeiten sämtliche Fragestellungen zum Umgang mit multiresistenten Erregern, um deren Verbreitung zu verringern.</i>
4	<p>Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)</p> <p><i>Details: Zertifikat Silber</i></p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen besitzt das Zertifikat in "Silber". Zusätzlich werden regelmäßig Aktionstage für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige durchgeführt. 2019 erfolgte der Aktionstag unter Beteiligung der OTA- und Krankenpflegeschüler des Klinikums mit Übungsstationen zum Thema Händehygiene.</i></p>
5	<p>Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten</p> <p><i>Die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung des Klinikums ist seit 2013 nach DIN EN ISO 13485 zertifiziert (Re-Zert. 2019). Die Überprüfung von Aufbereitung u. Sterilisation von Medizinprodukten erfolgt durch interne Audits sowie durch die jährlichen externen Überwachungs- und Zertifizierungsaudits.</i></p>
6	<p>Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen</p> <p><i>2x jährl. hygienebeauftragte Ärzte & Pflegekräfte, 1x jährl. hygieneverantwortliche MA Funktion & MFA, 2x jährl. Sachkunde, 2x jährl. Fachkunde 1, 1x jährl. Fachkunde 2, 1x jährlich OTA-Kurs, 1x jährl. Impfseminar Ärzte, 2x jährl. Hygiene-Refresher-Kurs, 2x jährl. Refresher-Kurs Aufbereitung MP</i></p>

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

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	<p>Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.</p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</p>	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
	<p><i>Im Klinikum Ludwigshafen ist ein strukturiertes Lob- Beschwerdemanagement unter dem Namen "Kontaktstelle für Patienten Anliegen" 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 offene Sprechstunden von Montag bis Donnerstag jeweils von 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr angeboten.</i></p>	
2	<p>Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).</p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</p> <p><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></p>	Ja
3	<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.</p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</p> <p><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></p>	Ja
4	<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.</p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</p> <p><i>Nach Eingang einer schriftlichen Beschwerde bei der Kontaktstelle für Patienten Anliegen erhält der Beschwerdeführer umgehend eine Empfangsbestätigung. Anschließend wird die eingegangene Beschwerde an die zuständigen Führungskräfte zur Klärung sowie der Bitte um Stellungnahme und Benennung mögl. Verbesserungsmaßnahmen weitergeleitet. Danach erhält der Beschwerdeführer eine abschließende Rückmeldung über die Kontaktstelle für Patienten Anliegen (KfP).</i></p>	Ja
5	<p>Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.</p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</p> <p><i>Der Beschwerdeführer bekommt innerhalb eines Werktages eine Eingangsbestätigung seiner Beschwerde. Die Beschwerdeführer erhalten durchschnittlich innerhalb von 14 Tagen eine abschließende Rückmeldung zu ihrer Beschwerde. Die Beschwerdebearbeitungszeit lag im Jahr 2020 bei 2,8 Tagen.</i></p>	Ja
6	<p>Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.</p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</p> <p><i>Die Ansprechpartnerin der KfP, Fr. Kautz, nimmt Fragen, Wünsche, Anregungen, Lob u. Kritik von Patienten u. Angehörigen im persönlichen Gespräch in Form von offenen Interviews u. 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 u. übermitteln bei Erfordernis zur Weiterbearbeitung an die KfP.</i></p>	Ja
7	<p>Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.</p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</p> <p><i>Unsere ehrenamtliche Patientenführsprecherin, Frau Susanne Herzog, steht für Anliegen und Beschwerden zur Verfügung. Patienten können einen Gesprächstermin am Krankenbett vereinbaren oder telefonisch Kontakt aufnehmen (Tel. 0621 / 503 2260).</i></p>	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
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 Patientenanliegen oder über das Online-Kontaktformular auf der Homepage/"Ihre Meinung" senden. Zudem stehen für eine anonyme Rückmeldung auch grüne Meinungs-Briefkästen im gesamten Haus bereit (z.B. an der Pforte und vor der Mitarbeiter-Cafeteria).</i>	Ja
9	Patientenbefragungen https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/befragung_patientenzufriedenheit/index_ger.html?raw=befragung&ZMS_HIGHLIGHT=raw <i>Es haben alle Patienten die Möglichkeit, an einer kontinuierlichen Patientenbefragung teilzunehmen. Außerdem erfolgen kontinuierlich interne Patientenbefragungen (z.B. i. d. Tumorzentren, Intensivstationen). Weitere Rückmeldungen können über den Online-Fragebogen abgegeben werden. Die Stabsstelle QM wertet die Fragebögen aus und leitet Maßnahmen mit den Kliniken ab. Die Leiterin der KfP führt regelmäßig Patientengespräche während des stationären Aufenthaltes durch.</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen <i>Einweiserbefragungen werden von der Stabsstelle Qualitätsmanagement, 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 Patientenanliegen
Telefon:	0621 503 2388
Fax:	0621 503 2064
E-Mail:	feedback@klilu.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Dr. Norbert Marxer, Chefapotheker
Telefon:	0621 503 3030
Fax:	0621 503 3033
E-Mail:	apotheke@kliilu.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	8
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	7
Erläuterungen:	Beschäftigte Personengruppen (in VK) in der Apotheke: Leitender Apotheker 1,00; Fachapotheker(in) 2,35; Apotheker(in) 2,91; Pharma.-Kaufm. Assistent(in) 4,50; Pharma.-Techn. Assistent(in) 5,05; Praktikant(in) 2,08; Auszubildende(r) (PKA) 1,00; Hilfskraft 1,00; Sachbearbeiter(in) 0,52; Gesamt 20,40

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umsetzung von Hausmedikation</i> <i>Letzte Aktualisierung: 13.07.2020</i>
2	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
3	<p>Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA Arzneimittel</i> <i>Letzte Aktualisierung: 28.07.2020</i></p> <p><i>Mitgeltende Unterlagen: Gültige Arzneimittelliste; DA Umgang mit BTM; GO AMK; Meldebogen für UAW, VA Entlassmanagement; VA Zytostatika und andere CMR-Arzneimittel, CL Medikamentenkontrolle auf Verfall; AiD-Klinik, Hygienepläne; Merkblätter</i></p>
4	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
6	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
7	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
8	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
9	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
10	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
11	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

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

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

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

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
- Sonstiges: Elektronische Unterstützung der Zytostatikaherstellung mittels Zenzy

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

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

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

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
- Sonstiges: Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen im Entlassbrief

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	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
4	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
5	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
6	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	
7	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
8	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
9	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen <i>Integration in dem Panda-Wärmebett</i>	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
10	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
11	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	
12	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
13	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
14	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
15	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
16	offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Ja
17	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
18	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	
19	Szintigraphiescanner/Gammasonde <i>Einsatz zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion</i>	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
20	Roboterassistiertes Chirurgie-System <i>Einsatz des roboterassistierten Operations-Systems "Da Vinci"</i>	Roboterassistiertes Chirurgie-System	

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung:

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

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2:

Umstand:

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Keine Teilnahme am Modul der Speziellen Notfallversorgung.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Keine Teilnahme am Modul Spezialversorgung.

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

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

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

Nein

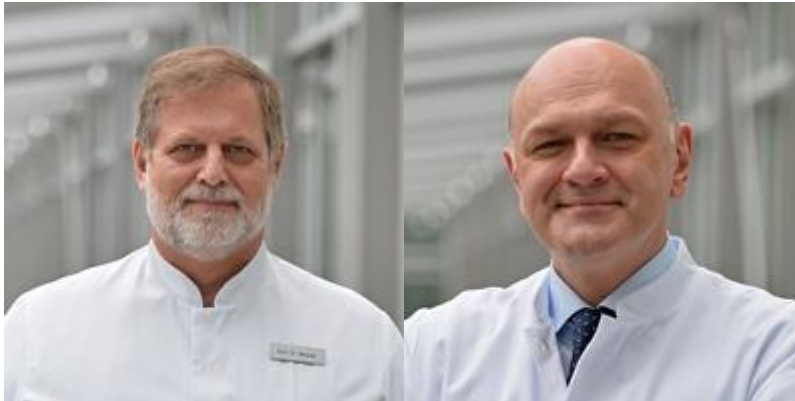
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.kliu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_innere_medizin_haemato_onkologie_nephrologie_index_ger.html

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin
2	(0500) Hämatologie und internistische Onkologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Raoul Bergner, Chefarzt Rheumatologie und Nephrologie
Telefon:	0621 503 3900
Fax:	0621 503 3977

E-Mail:	meda@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheuma/index_ger.html
Name/Funktion: Prof. Dr. med. Peter Paschka, Chefarzt Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie	
Telefon:	0621 503 3900
Fax:	0621 503 3977
E-Mail:	meda@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheuma/index_ger.html

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs, Magen-Darm-Krebs, Brustkrebs</i>
2	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen <i>z. B. autologe Stammzelltransplantation und Therapie akuter Leukämien, maligner Lymphome, multipler Myelome</i>
3	Stammzelltransplantation
4	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
5	Dialyse
6	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
7	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
9	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
11	Palliativmedizin
12	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
13	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
14	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
15	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
16	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
17	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
18	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
19	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
22	Intensivmedizin <i>Die drei medizinischen Kliniken verfügen über eine gemeinsame Intensivstation mit 16 Betten, davon 8 Beatmungsplätze. Es besteht die Möglichkeit der nichtinvasiven Beatmung (Maskenbeatmung), der minimal-invasiven Dilatationstracheotomie und der Hämodialyse/ Hämofiltration.</i>
23	Onkologische Tagesklinik
24	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Bergner (Rheumatologie/Nephrologie), Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka (Hämatologie/Onkologie), Rheumatologische Ambulanz nach §116b SGB V, Infektions-Ambulanz, MVZ Hämato-Onkologie</i>
25	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
26	Onkologisches Zentrum <i>Das Onkologische Zentrum Ludwigshafen (OZLU) ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2593
Teilstationäre Fallzahl:	950

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	286
2	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	185

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	147
4	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	75
5	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	61
6	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	52
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	48
8	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	47
9	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	46
10	M31.3	Wegener-Granulomatose	41
11	M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	41
12	I20.0	Instabile Angina pectoris	41
13	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	37
14	M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	33
15	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	32
16	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	29
17	M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	27
18	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	26
19	M31.8	Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien	24
20	C83.1	Mantelzell-Lymphom	22
21	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	19
22	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	19
23	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	19
24	M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	18
25	D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	18
26	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	17
27	M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	17
28	C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	17
29	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	16
30	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	16

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R07	Hals- und Brustschmerzen	294
2	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	192
3	C83	Nicht follikuläres Lymphom	187
4	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	162
5	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	145
6	I20	Angina pectoris	108
7	I50	Herzinsuffizienz	89
8	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	77
9	N18	Chronische Nierenkrankheit	77
10	N17	Akutes Nierenversagen	71

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	2719
2	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	660
3	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	511
4	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	508
5	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	436
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	368
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	242
8	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	176
9	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	172
10	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	162

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	136
12	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	123
13	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	113
14	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	104
15	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	100
16	1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	95
17	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	85
18	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	83
19	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	71
20	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	68
21	8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	66
22	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	65
23	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	63
24	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	63
25	6-001.h4	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 550 mg bis unter 650 mg	59
26	8-854.70	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden	56
27	6-001.h6	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 750 mg bis unter 850 mg	50
28	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	41
29	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	41
30	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	39

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854	Hämodialyse	3065
2	8-547	Andere Immuntherapie	1187
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	987
4	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	699
5	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	328

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ PROF. DR. BERGNER
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	Dialyse
2	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ PROF. DR. PASCHKA
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Palliativmedizin
3	RHEUMATOLOGISCHE AMBULANZ
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche)
	<i>Schwerpunkt: schwere Systemerkrankungen wie z.B. Lupus erythematoses, Sklerodermie, Vaskulitiden</i>
4	INFEKTIONS-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

4	INFEKTIONS-AMBULANZ
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
5	FACHBEREICH INNERE MEDIZIN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Hämatologie und Onkologie</i>
6	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	Behandlung von NotfallpatientInnen (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	27,35	27,23	0,12	3,92	23,43	110,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	15,68	15,56	0,12	2,24	13,44	192,9

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
3	Innere Medizin und Rheumatologie
4	Innere Medizin und Nephrologie
5	Allgemeinmedizin

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Infektiologie

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	43,34	43,34	0,00	1,80	41,54	62,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,73	1,73	0,00	0,00	1,73	1498,8
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,57	2,57	0,00	0,00	2,57	1009,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,94	2,94	0,00	0,00	2,94	882,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,64	7,64	0,00	2,00	5,64	459,8

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Bachelor
2	Diplom
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pflege in der Onkologie
5	Pflege in der Nephrologie
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Ernährungsmanagement
5	Kinästhetik
6	Qualitätsmanagement
7	Palliative Care
8	Deeskalationstraining
9	Gerontopsychiatrie

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.kli.lu.de/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/ klinik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_interni: index_ger.html

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3601) Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2	(0300) Kardiologie
3	(0800) Pneumologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.kli.lu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_interni:index_ger.html

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes <i>Stationäre und ambulante Behandlung möglich</i>
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Verödung von Strukturen am Herzen, die Rhythmusstörungen auslösen, Behandlung von Rhythmusstörungen mit Schrittmachersystemen</i>
6	Transkutaner Aortenklappenersatz
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
11	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin <i>Insbesondere Schlafapnoesyndrom</i>
12	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation <i>Betreut werden Patienten nach Herztransplantationen</i>
13	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Lungen- und Rippenfelltumore</i>
14	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
15	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
16	Computertomographie (CT), Spezialverfahren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Nicht invasives Verfahren zur Klärung des Vorliegens einer koronaren Herzkrankheit

17 Herzkatheter

Diagnostik: Darstellung d. Herzkranzgefäße, Druckmessung i. d. Herzkammern, Therapie: Aufdehnung verengter Herzkranzgefäße, z.T. mit Implantation einer Gefäßstütze, Vorhofsohrverschluss, Kathetergestützte Implantation v. künstl. Herzklappen, Verschluss angeb. Defekte d. Herzscheidewand

18 Native Sonographie

Herz (auch über Speiseröhre sowie unter Belastung), Gefäße, Brustkorb

19 Eindimensionale Dopplersonographie

20 Duplexsonographie

21 Sonographie mit Kontrastmittel

22 Endosonographie

Herz, Mediastinum

23 Arteriographie

In der Abteilung werden Arteriographien der Aorta (Hauptschlagader) und der Carotiden (Halsschlagadern) durchgeführt. Verödung von Strukturen im Bereich der Nierenschlagader im Rahmen der Blutdrucktherapie

24 Phlebographie

25 Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel

Von Herz und Lunge in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.

26 Perkutane Kreislauftunterstützungssysteme (ECMO, Impella, IABP)

27 Perkutane Ballonvalvuloplastie der Aorten- und Mitralklappe

28 Endoskopie

Lungenspiegelung und Brustraumspiegelung

29 Elektrophysiologie

30 Renale Denervation

31 Perkutaner Verschluss des linken Vorhofohrs

32 Intensivmedizin

Zusammen mit der neurolog. Klinik, Med. Klinik A C: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung, Dilatationstracheotomie, Hämodialyse/Hämofiltration (Med. Klinik A), Lungenersatzverfahren (ECMO), Herzlungenmaschine, Herzunterstützungssysteme

33 Allgemeine Notfallmedizin

Koordination des Notarztwagens, hausinterner Reanimationsdienst, Qualifikation mehrerer Ärzte als "Leitender Notarzt"

34 Spezialsprechstunde

Herzschrittmacher-Sprechstunde, Sprechstunde für Patienten mit implantierten Defibrillatoren, Schlafmedizin, Pneumologie (Lungenerkrankungen), Spezialsprechstunde Herzinsuffizienz

35 Zentrale Notaufnahme

Behandlung von Notfällen (24h)

36 Chest Pain Unit (CPU) zur Behandlung von Patienten mit Brustschmerz

Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Re-Zertifizierung 03.04.2018).

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
37	<p>Überregionales Heart Failure Unit (HFU) Zentrum zur Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz</p> <p><i>Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) (Zertifizierung 10.02.2020).</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl:	6062
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	392
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	355
3	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	277
4	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	257
5	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	250
6	I20.0	Instabile Angina pectoris	223
7	I35.0	Aortenklappenstenose	220
8	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	183
9	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	140
10	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	125
11	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	95
12	R55	Synkope und Kollaps	87
13	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	85
14	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	83
15	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	82
16	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	80
17	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	76
18	I48.3	Vorhofflattern, typisch	74
19	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	67
20	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	67
21	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	65

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	65
23	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	65
24	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	64
25	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	64
26	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	56
27	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	56
28	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	55
29	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	47
30	D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge	46

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50	Herzinsuffizienz	812
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	636
3	I20	Angina pectoris	503
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	451
5	I35	Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten	425
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	186
7	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	182
8	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	168
9	I47	Paroxysmale Tachykardie	164
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	157

B-[2].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2626
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2364

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1252
4	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1221
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	955
6	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	898
7	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	843
8	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	746
9	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	718
10	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	603
11	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	601
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	563
13	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	507
14	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	426
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	393
16	8-83b.00	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	388
17	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	370
18	8-701	Einfache endotracheale Intubation	348
19	1-790	Polysomnographie	330
20	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	308
21	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	305
22	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	280

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	256
24	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	253
25	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	250
26	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]	243
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	242
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	231
29	8-83b.01	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	228
30	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	193

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2626
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2394
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2364
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	2061
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	1568
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1418
7	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1221
8	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1038

B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Schrittmacher und Defibrillator Kontrollen
	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	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:
	Schrittmacher und Defibrillator Kontrollen
	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	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:
	Schrittmacher und Defibrillator- Kontrollen
	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Elektrophysiologie
	<i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte</i>
4	FACHBEREICH INNERE MEDIZIN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Pneumologie</i>

5	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	Behandlung von Notfällen (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	30
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	44,03	44,03	0,00	3,18	40,85	148,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	25,16	25,16	0,00	1,79	23,37	259,4

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	149,28	149,28	0,00	8,04	141,24	42,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,23	4,23	0,00	0,00	4,23	1433,1
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,42	9,42	0,00	0,00	9,42	643,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,66	2,66	0,00	0,00	2,66	2279,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,15	0,15	0,00	0,00	0,15	40413,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,64	15,64	0,00	4,35	11,29	536,9

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Master

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
4	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
5	Pflege in der Nephrologie
6	Notfallpflege
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
5	Kinästhetik
6	Schmerzmanagement
7	Qualitätsmanagement
8	Wundmanagement
9	Palliative Care
10	Breast Care Nurse
11	Deeskalationstraining
12	Gerontopsychiatrie
13	Stroke Unit Care

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

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/linik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_index_ger.html

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0700) Gastroenterologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Ralf Jakobs, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4100
Fax:	0621 503 4114

E-Mail:	medc@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_index_ger.html

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
7	Interdisziplinäre Tumornachsorge
8	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
9	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
12	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
13	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
14	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
16	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
20	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
21	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
22	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
23	Diagnostik und Therapie von Allergien
24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
25	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
26	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
27	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
28	Schmerztherapie
29	Endoskopie
30	Konventionelle Röntgenaufnahmen
31	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
32	Native Sonographie
33	Endosonographie
34	Eindimensionale Dopplersonographie
35	Duplexsonographie
36	Sonographie mit Kontrastmittel
37	Intensivmedizin <i>Zusammen mit der neurolog. Klinik und der Med. Klinik A, B: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung</i>
38	Onkologische Tagesklinik
39	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Kontinenzsprechstunde, Diabetessprechstunde, MVZ Gastroenterologie/Hepatology, ASV Gastrointestinale-Onkologie</i>
40	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
41	Diabeteszentrum <i>Stationäre Behandlungseinrichtung für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG (Zertifizierung 07.12.2017).</i>
42	Viszeralonkologisches Zentrum (Darm-, Magen-, Pankreaskarzinomzentrum) <i>Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 30.04.2020).</i>
43	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum <i>Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	3975
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	145
2	K83.1	Verschluss des Gallenganges	113
3	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	104
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	86
5	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	83
6	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	83
7	C22.0	Leberzellkarzinom	77
8	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	74
9	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	63
10	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	59
11	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	58
12	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	54
13	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	52
14	K22.2	Ösophagusverschluss	46
15	K83.0	Cholangitis	45
16	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	42
17	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	40
18	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	39
19	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	39
20	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	36
21	C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	34
22	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	34
23	D12.3	Gutartige Neubildung: Colon transversum	34
24	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	33

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	33
26	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	32
27	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	32
28	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	32
29	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	32
30	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	31

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K80	Cholelithiasis	168
2	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	163
3	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	151
4	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	148
5	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	147
6	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	133
7	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	130
8	C16	Bösartige Neubildung des Magens	125
9	K29	Gastritis und Duodenitis	118
10	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	118

B-[3].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	3018
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	982
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	883
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	531

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	489
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	435
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	362
8	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	335
9	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	328
10	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	326
11	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	286
12	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	278
13	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	274
14	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	236
15	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	233
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	228
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	222
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	212
19	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	209
20	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	208
21	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	189
22	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	165
23	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	161
24	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	154

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	151
26	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	149
27	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	142
28	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	135
29	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	134
30	1-636.1	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Durch Push-and-pull-back-Technik	130

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	3073
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1394
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1332
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1280
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	1092
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	773
7	5-469	Andere Operationen am Darm	708

B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums

2	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Med. Klinik C ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
3	FACHBEREICH INNERE MEDIZIN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Gastroenterologie/Hepatology</i>
4	ASV GASTROINTESTINALE ONKOLOGIE
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
	<i>Versorgung v. Tumoren des Bauchraums und der Bauchorgane betrifft Krebserkrankungen des gesamten Verdauungstraktes, aber auch der Schilddrüse. Auch Beschwerden, die in direktem Zusammenhang mit der Behandlung in der ASV stehen (z.B. Chemotherapienebenwirkungen, Komplikationen) werden dort behandelt.</i>
5	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	311
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	272
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	153
4	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	10
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	5
6	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
7	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
8	5-431	Gastrostomie	< 4
9	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
10	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	27,24	27,24	0,00	1,87	25,37	156,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	13,26	13,26	0,00	0,91	12,35	321,9

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie
2	Geriatric
3	Infektiologie
4	Medikamentöse Tumorthherapie
5	Notfallmedizin
6	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
7	Psychotherapie - fachgebunden -
8	Palliativmedizin

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	42,44	42,44	0,00	1,03	41,41	96,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,46	4,46	0,00	0,00	4,46	891,3
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,33	1,33	0,00	0,00	1,33	2988,7
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,48	0,48	0,00	0,00	0,48	8281,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,80	8,80	0,00	1,00	7,80	509,6

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Bachelor
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pflege in der Onkologie
5	Pflege in der Nephrologie
6	Notfallpflege
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Diabetes
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Ernährungsmanagement
5	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
6	Kinästhetik
7	Qualitätsmanagement
8	Schmerzmanagement
9	Palliative Care
10	Breast Care Nurse

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

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie/index_ger.html

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Stefan Willis, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3150
Fax:	0621 503 3184
E-Mail:	cha@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie/index_ger.html

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
4	Chirurgische Intensivmedizin
5	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
7	Endokrine Chirurgie
8	Magen-Darm-Chirurgie
9	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
10	Tumorchirurgie <i>Metastasenchirurgie</i>
11	Portimplantation
12	Schrittmachereingriffe
13	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
14	Lungenchirurgie
15	Operationen wegen Thoraxtrauma
16	Speiseröhrenchirurgie
17	Thorakoskopische Eingriffe
18	Mediastinoskopie
19	Fremdkörperentfernungen
20	Inkontinenzchirurgie
21	Laserchirurgie
22	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
23	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- | | |
|----|---|
| 24 | Wundheilungsstörungen |
| 25 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane |
| 26 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea |
| 27 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich |
| 28 | Interdisziplinäre Tumornachsorge |
| 29 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten |
| 30 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| 31 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| 32 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs |
| 33 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums |
| 34 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| 35 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 36 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| 37 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 38 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| 39 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| 40 | Palliativmedizin |
| 41 | Schmerztherapie |
| 42 | Transfusionsmedizin |
| 43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |
| 44 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems |
| 45 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| 46 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien |
| 47 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 48 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| 49 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| 50 | Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| 51 | Amputationschirurgie |
| 52 | Diagnostik von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| 53 | Diagnostik von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| 54 | Diagnostik von sonstigen Verletzungen |
| 55 | Diagnostik von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes |
| 56 | Diagnostik von Verletzungen des Thorax |

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
57	Diagnostik von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
58	Diagnostik von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
59	Diagnostik von Verletzungen des Halses
60	Diagnostik von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
61	Diagnostik von Verletzungen des Kopfes
62	Diagnostik von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
63	Native Sonographie
64	Eindimensionale Dopplersonographie
65	Duplexsonographie
66	Sonographie mit Kontrastmittel
67	Endosonographie
68	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Unfallchirurgie/D-Arzt, Kontinenzsprechstunde, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Darmkrebsprechstunde, Thoraxchirurgische Sprechstunde</i>
69	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Nottfällen (24h)</i>
70	Viszeralonkologische Zentrum (Darm-, Magen- und Pankreaskarzinomzentrum) <i>Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 30.04.2020).</i>
71	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum <i>Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).</i>
72	Thoraxzentrum (Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie) <i>Das Thoraxzentrum ist nach der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) zertifiziert (Erst-Zertifizierung 28.11.2019).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2588
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	97
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	94

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	90
4	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	64
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	61
6	S06.0	Gehirnerschütterung	57
7	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	54
8	K61.0	Analabszess	51
9	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	50
10	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	50
11	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	49
12	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	46
13	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	42
14	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	42
15	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	37
16	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	36
17	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	34
18	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	30
19	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	28
20	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	27
21	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	27
22	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	27
23	C22.0	Leberzellkarzinom	26
24	K81.0	Akute Cholezystitis	26
25	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	26
26	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	24
27	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	23
28	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	23
29	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	22

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	20

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K80	Cholelithiasis	228
2	K40	Hernia inguinalis	141
3	K57	Divertikulose des Darmes	134
4	K35	Akute Appendizitis	125
5	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	114
6	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	79
7	E04	Sonstige nichttoxische Struma	75
8	K43	Hernia ventralis	70
9	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	65
10	S06	Intrakranielle Verletzung	65

B-[4].6.2 Kompetenzdiagnosen

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

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	483
2	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	232

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	192
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	152
5	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	145
6	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	129
7	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	126
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	124
9	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	99
10	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	97
11	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	82
12	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	74
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	73
14	5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge	62
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	59
16	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	57
17	1-690.0	Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision und intraoperativ: Bronchoskopie	55
18	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	53
19	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	52
20	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	52

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	48
22	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	47
23	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	45
24	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	43
25	5-541.1	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	38
26	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	38
27	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	37
28	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	37
29	5-344.40	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	35
30	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	34

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	457
2	5-511	Cholezystektomie	336
3	5-469	Andere Operationen am Darm	294
4	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	207
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	181

B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-426	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität	11
2	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	21
3	5-501	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)	42
4	5-502	Anatomische (typische) Leberresektion	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-524	Partielle Resektion des Pankreas	24
6	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	127
7	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	37
8	5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	13
9	5-323	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge	11
10	5-324	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	40

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein-, thorax- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
2	ALLGEMEIN-/VISZERALCHIRURGIE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und thoraxchirurgischen Erkrankungen
	Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	Magen-Darm-Chirurgie
	Speiseröhrenchirurgie
	Tumorchirurgie
3	D-ARZT-FÄLLE
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von Arbeitsunfällen
4	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Chirurgischen Klinik A ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
5	THORAXCHIRURGIE
	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:

5	THORAXCHIRURGIE
	Diagnostik und postoperative Behandlung von thoraxchirurgischen Erkrankungen
6	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	Behandlung von Notfällen (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	54
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	24
3	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	14
4	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	13
5	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	8
6	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	6
7	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	6
8	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	4
9	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	4
10	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	< 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	24,61	24,61	0,00	5,12	19,49	132,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	16,53	16,53	0,00	3,44	13,09	197,7

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

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

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Spezielle Viszeralchirurgie
2	Intensivmedizin <i>Chirurgische Intensivmedizin</i>
3	Proktologie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	53,55	53,55	0,00	3,00	50,55	51,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,56	4,56	0,00	0,00	4,56	567,5
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,72	2,72	0,00	0,00	2,72	951,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,23	0,23	0,00	0,00	0,23	11252,2

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,44	1,44	0,00	0,32	1,12	2310,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,96	4,96	0,00	2,00	2,96	874,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pflege in der Onkologie
5	Pflege im Operationsdienst
6	Pflege in der Nephrologie
7	Notfallpflege
8	Hygienebeauftragte in der Pflege
9	Praxisanleitung
10	Intermediate Care Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Qualitätsmanagement
4	Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
5	Palliative Care

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:	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefasschirurgie_chirurgie_b/index_qer.html

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1518) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Kühner, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3341
Fax:	0621 503 3342
E-Mail:	chb@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gedfaesschirurgie_chirurgie_b/index_ger.html

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	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	Varizenchirurgie
7	Carotischirurgie
8	Arteriographie
9	Phlebologie
10	Native Sonographie
11	Eindimensionale Dopplersonographie
12	Duplexsonographie
13	Konventionelle Röntgenaufnahmen
14	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Gefäßsprechstunde, Shuntsprechstunde</i>
15	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
16	Gefäßzentrum <i>Das Gefäßzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) sowie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung 01.10.2016)</i>
17	Interdisziplinäres Shunt-Referenzzentrum (Zentrum für Dialysezugänge) <i>Das Shunt-Referenzzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Gesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG und DDG) zertifiziert. (Zertifizierung 09.10.0218)</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	906
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	125
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	97
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	93
4	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	58
5	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	56
6	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	54
7	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	52
8	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	31
9	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	28
10	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	24
11	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	20
12	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	19
13	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	17
14	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	12
15	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	12
16	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	9
17	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	9
18	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	9
19	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	7

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	7
21	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	7
22	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	6
23	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	6
24	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	6
25	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	6
26	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	5
27	Q27.3	Arteriovenöse Fehlbildung der peripheren Gefäße	5
28	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	4
29	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	4
30	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	4

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	379
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	121
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt	75
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	49
5	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	38
6	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	29
7	Z49	Dialysebehandlung	28
8	I83	Varizen der unteren Extremitäten	25
9	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	25
10	I63	Hirnfarkt	20

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	254
2	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	162
3	5-983	Reoperation	157
4	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	118
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	109
6	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	96
7	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	91
8	5-98a.0	Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie	90
9	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	86
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	82
11	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	80
12	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	77
13	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	77
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	76
15	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	75
16	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	74
17	8-840.0s	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel	66
18	5-930.00	Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung	65
19	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	65
20	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	65

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	58
22	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	55
23	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	54
24	5-381.03	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	53
25	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	53
26	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	50
27	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes	49
28	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	48
29	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	44
30	5-381.54	Enderarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	42

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	463
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	456
3	5-381	Enderarteriektomie	443
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	300
5	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	238
6	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	196
7	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	196

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
2	GEFÄßCHIRURGIE, SHUNTCHIRURGIE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	<i>Diagnostik und Therapieempfehlung für alle gefäßchirurgischen Patienten auf Einweisung durch niedergelassene Ärzte.</i>
3	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	40
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	5
3	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	< 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	9,69	9,69	0,00	0,12	9,57	94,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,51	6,51	0,00	0,08	6,43	140,9

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche 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	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	14,36	14,36	0,00	0,00	14,36	63,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,06	2,06	0,00	0,00	2,06	439,8
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,63	2,63	0,00	0,00	2,63	344,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,15	0,15	0,00	0,00	0,15	6040,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	1812,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,04	3,04	0,00	0,13	2,91	311,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

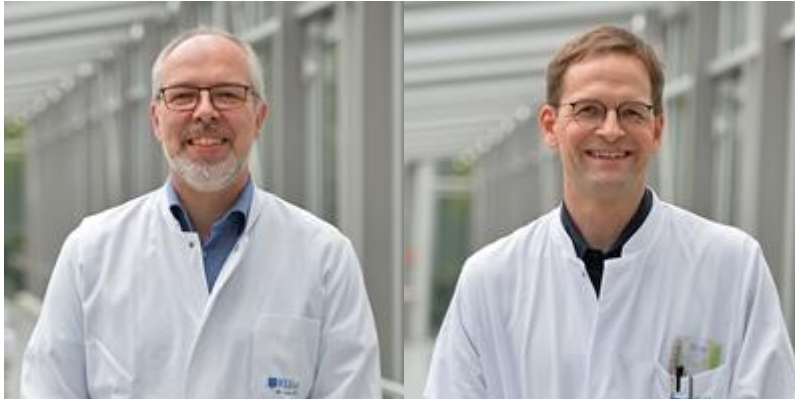
	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Bachelor
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pflege im Operationsdienst
5	Pflege in der Nephrologie
6	Notfallpflege
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Qualitätsmanagement

B-[6] Klinik für Geriatrie

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Geriatrie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken a z/geriatrie/index ger. html

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Jürgen Heins, Chefarzt
Telefon:	0621 503 28001
Fax:	0621 503 28111
E-Mail:	geriatrie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geriatrie/index_ger.html
Name/Funktion:	Dr. med. Fabian Schneider, Chefarzt
Telefon:	0621 503 28001
Fax:	0621 503 28111
E-Mail:	geriatrie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geriatrie/index_ger.html

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
4	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
10	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
11	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
12	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
13	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
14	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
15	Palliativmedizin
16	Physikalische Therapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
17	Schmerztherapie <i>Internistische Krankheitsbilder</i>
18	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
19	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
20	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
21	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
22	Schlafmedizin
23	Schmerztherapie <i>Neurologische Krankheitsbilder, z.B. neuropathische Schmerzen</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	335
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	45
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	17
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	10
4	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	9
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	8
6	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	6
7	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	6
8	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
9	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	5
10	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	4
11	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	4
12	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	4
13	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	E86	Volumenmangel	4
15	R55	Synkope und Kollaps	4
16	S32.5	Fraktur des Os pubis	< 4
17	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	< 4
18	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	< 4
19	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	< 4
20	I35.0	Aortenklappenstenose	< 4
21	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	< 4
22	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
23	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	< 4
24	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	< 4
25	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	< 4
26	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	< 4
27	A49.1	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4
28	S20.2	Prellung des Thorax	< 4
29	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
30	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	< 4

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirninfarkt	66
2	I50	Herzinsuffizienz	18
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	15
4	I70	Atherosklerose	13
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	7
8	S72	Fraktur des Femurs	7

B-[6].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	140
2	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	11
3	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	9

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	160

B-[6].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die Klinik für Geriatrie hält keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor.

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

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

B-[6].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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	2,40	2,40	0,00	0,00	2,40	139,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	167,5

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Geriatric
2	Palliativmedizin
3	Physikalische Therapie und Balneologie
4	Schlafmedizin

B-[6].11.2 Pflegepersonal

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Diplom
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric z. B. Zercur
2	Schmerzmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse

B-[7] Klinik für Herzchirurgie

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Herzchirurgie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/herzchirurgie/index_ger.html

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der Cheförztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Falk-Udo Sack, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4050
Fax:	0621 503 4060
E-Mail:	herzchirurgie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/herzchirurgie/index_ger.html

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[7].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	Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI)
6	Aortenaneurysmachirurgie
7	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
8	Kunstherz / ventrikuläre Unterstützungssysteme
9	Carotis-TEA kombiniert mit herzchirurgischen Eingriffen
10	Eingriffe an der thorakalen Aorta
11	Tumorchirurgie
12	Defibrillatoreingriffe
13	Lungenembolektomie
14	Behandlung von Verletzungen am Herzen
15	Eingriffe am Perikard
16	Lungenchirurgie
17	Operationen wegen Thoraxtrauma
18	Thorakoskopische Eingriffe
19	Metall-/Fremdkörperentfernungen
20	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
21	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
22	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
23	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
24	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
25	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
26	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
27	Chirurgie der angeborenen Herzfehler <i>Im Erwachsenenalter bei "GUCH-Patienten"</i>
28	Chirurgische Intensivmedizin
29	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
30	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
31	Wundheilungsstörungen
32	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
33	Elektrophysiologie
34	Native Sonographie
35	Eindimensionale Dopplersonographie
36	Duplexsonographie
37	Phlebographie
38	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Herz-Ambulanz</i>
39	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	753
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	183
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	92
3	I35.0	Aortenklappenstenose	71
4	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	60

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	52
6	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	50
7	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	31
8	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	22
9	I20.0	Instabile Angina pectoris	14
10	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	13
11	I08.1	Krankheiten der Mitralklappen- und Trikuspidalklappe, kombiniert	13
12	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	12
13	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	11
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	11
15	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	11
16	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	8
17	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	7
18	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	7
19	T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	6
20	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
21	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	6
22	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	6
23	I08.0	Krankheiten der Mitralklappen- und Aortenklappen, kombiniert	4
24	Q21.1	Vorhofseptumdefekt	4
25	I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	< 4
26	I34.80	Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	< 4
27	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	< 4
28	I71.1	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert	< 4
29	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
30	I36.1	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	< 4

B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	219
2	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	154
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	115
4	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	56
5	I33	Akute und subakute Endokarditis	50
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	28
7	I20	Angina pectoris	27
8	I08	Krankheiten mehrerer Herzklappen	18
9	I50	Herzinsuffizienz	15
10	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	13

B-[7].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	564
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	465
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	428
4	5-93a.0	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation: Ohne Verwendung von Chelatoren	389
5	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	366
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	277
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	239
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	229

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	193
10	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	160
11	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	147
12	5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	146
13	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	142
14	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	139
15	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	117
16	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	92
17	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	85
18	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblen Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	85
19	5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	72
20	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	69
21	5-370.2	Perikardiotomie und Kardiotomie: Adhäsiolyse am Perikard	66
22	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	65
23	6-004.d	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Levosimendan, parenteral	64
24	5-351.12	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	64
25	5-340.0	Inzision von Brustwand und Pleura: Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch	60
26	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	58

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	49
28	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	49
29	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	46
30	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	46

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	809
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	692
3	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	581
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	492
5	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	428
6	5-93a	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation	389
7	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	239
8	8-701	Einfache endotracheale Intubation	239
9	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	223

B-[7].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik von herzchirurgischen Patienten
2	HZ-AMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

2	HZ-AMBULANZ
	LEISTUNGEN:
	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>
3	ZENTRALE PATIENTENAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Behandlung von herzchirurgischen Notfallpatienten
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

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

B-[7].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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	17,60	17,60	0,00	0,00	17,60	42,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,40	8,40	0,00	0,00	8,40	89,6

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

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

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	63,15	63,15	0,00	0,00	63,15	11,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,14	1,14	0,00	0,00	1,14	660,5
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,62	1,62	0,00	0,00	1,62	464,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,13	0,13	0,00	0,00	0,13	5792,3
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,02	3,02	0,00	0,00	3,02	249,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,28	5,28	0,00	0,00	5,28	142,6

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege im Operationsdienst
4	Pflege in der Nephrologie
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Diabetes
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Ernährungsmanagement
5	Kinästhetik
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
9	Palliative Care
10	Breast Care Nurse

B-[8] Urologische Klinik

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Urologische Klinik
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/urologie/index_ger.html

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2200) Urologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Markus Müller, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4400
Fax:	0621 503 4413
E-Mail:	urologie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/urologie/index_ger.html

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	Da-Vinci-System
4	Tumorchirurgie
5	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
6	Urologische Implantate
7	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
10	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
11	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
12	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz <i>Diagnostik und Therapie der postrenalen Niereninsuffizienz</i>
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
14	Kinderurologie
15	Urogynäkologie
16	Neuro-Urologie
17	Schmerztherapie
18	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Urologische Sprechstunde, Kontinenzsprechstunde</i>
19	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
20	Prostatakarzinomzentrum <i>Das Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 19.06.2020).</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
21	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum <i>Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	3606
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	442
2	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	383
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	259
4	N20.1	Ureterstein	232
5	N40	Prostatahyperplasie	225
6	N13.6	Pyonephrose	190
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	175
8	N20.0	Nierenstein	148
9	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	131
10	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	75
11	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	75
12	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	71
13	R33	Harnverhaltung	67
14	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	55
15	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	53
16	N41.0	Akute Prostatitis	45
17	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	44
18	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	41
19	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	41
20	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	40

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	N32.0	Blasenhalsobstruktion	33
22	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	32
23	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	31
24	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	28
25	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	27
26	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	25
27	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	24
28	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	24
29	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	19
30	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	18

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	735
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	563
3	N20	Nieren- und Ureterstein	456
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	259
5	N40	Prostatahyperplasie	225
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	200
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	75
8	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	71
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	68
10	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	68

B-[8].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	742

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	547
3	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	474
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	202
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	192
6	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	189
7	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	183
8	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	180
9	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	179
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	158
11	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	155
12	8-137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung	136
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	111
14	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	96
15	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	91
16	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	89
17	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	85
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	80
19	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	80
20	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	78

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	75
22	5-604.42	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	73
23	5-985.x	Lasertechnik: Sonstige	72
24	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	63
25	5-573.41	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävilinsäure	61
26	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	61
27	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	59
28	5-585.0	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, ohne Sicht	59
29	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	57
30	5-601.70	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Holmium-Laser-Enukleation	56

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	1089
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	641
3	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	599
4	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	415
5	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	299
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	202
7	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	182
8	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	161
9	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	155

B-[8].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	124
2	5-553	Partielle Resektion der Niere	32
3	5-554	Nephrektomie	49
4	5-576	Zystektomie	31

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Urologische Implantate
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	Kinderurologie
	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	Neuro-Urologie
	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
	Prostatazentrum
	Schmerztherapie
	Tumorchirurgie
	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	Urogynäkologie
2	UROLOGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
3	UROLOGIE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	Urologische Implantate
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane

3	UROLOGIE
	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	Kinderurologie
	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	Neuro-Urologie
	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
	Prostatazentrum
	Schmerztherapie
	Tumorchirurgie
	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	Urogynäkologie
4	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	LEISTUNGEN:
	Diagnose und Therapie aller Formen der Inkontinenz inkl. Neuro-Urologie
	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Urologischen Klinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
5	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	430
2	5-640	Operationen am Präputium	106
3	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	32
4	5-572	Zystostomie	29
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	25
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	12

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	12
8	5-624	Orchidopexie	8
9	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	6
10	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	16,43	16,43	0,00	1,59	14,84	243,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	9,23	9,23	0,00	0,89	8,34	432,4

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Urologie

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Medikamentöse Tumortherapie
2	Andrologie
3	Palliativmedizin

ZUSATZ-WEITERBILDUNG

4 Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50				
---	-------	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	37,40	37,40	0,00	1,00	36,40	99,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,23	5,23	0,00	0,00	5,23	689,5
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,33	0,33	0,00	0,00	0,33	10927,3
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,15	0,15	0,00	0,00	0,15	24040,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,65	0,65	0,00	0,60	0,05	72120,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,08	5,08	0,00	0,30	4,78	754,4

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	ANERKANNTA FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Bachelor
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pflege in der Onkologie
5	Pflege im Operationsdienst
6	Pflege in der Nephrologie
7	Notfallpflege

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
8	Hygienebeauftragte in der Pflege
9	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Diabetes
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Palliative Care
7	Breast Care Nurse

B-[9] Frauenklinik/ Geburtshilfe

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenklinik/ Geburtshilfe
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie/index_ger.html

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3250
Fax:	0621 503 3271
E-Mail:	gyn@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie/index_ger.html

B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
2	Gynäkologische Chirurgie
3	Endoskopische Operationen <i>Minimal-Invasive-laparoskopische Operationen (MIC II)</i>
4	Urogynäkologie
5	Inkontinenzchirurgie
6	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
7	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes <i>inkl. Dysplasiesprechstunde</i>
8	Reproduktionsmedizin
9	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
10	Gynäkologische Endokrinologie
11	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
13	Plastisch rekonstruktive Eingriffe <i>In Kooperation mit der BG Klinik Ludwigshafen</i>
14	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
15	Transabdominale Sonographie von Genitalien bei Kindern
16	Vaginoskopie bei Kindern
17	Kindergynäkologie <i>Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen, Blutungsstörungen, endokrinologischen Erkrankungen, Fehlbildungen und Tumoren</i>
18	Pränataldiagnostik und -therapie
19	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Ambulante und stationäre Betreuung von Risikoschwangerschaften, Geburtsplanung, Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese).</i>
20	Geburtshilfliche Operationen
21	Cerclage (Naht am Gebärmutterhals)
22	Ambulante Entbindung
23	Betreuung von Risikoschwangerschaften
24	Angebot für werdende Eltern <i>Baby-Massage, Diabetesschulung für Schwangere, Entspannung im Wasser f. Schwangere, Akupunktur, Geburtsvorbereitung, Hypnose, Infoabende f. werdende Eltern, Neugeborenencreening, Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflegekurs, Stillgruppentreffen, Laktationsberatung, Wochenbettbetreuung</i>
25	Sonographie mit Kontrastmittel
26	Native Sonographie
27	3D und 4D-Sonographie
28	Duplexsonographie
29	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Brustsprechstunde, Dysplasiesprechstunde, Kindergynäkologische Sprechstunde, Endometriose-Sprechstunde, Sprechstunde im Rahmen der Geburtsvorbereitung (Geburtsplanung und Hebammensprechstunde)</i>
30	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Nottfällen (24h)</i>
31	Brustzentrum <i>Das Brustzentrum Ludwigshafen ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 20.03.2018).</i>
32	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum <i>Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2044
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	370
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	78
3	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	77
4	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	72

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	65
6	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	57
7	O28.8	Sonstige abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter	55
8	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	54
9	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	48
10	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	36
11	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	32
12	O20.0	Drohender Abort	31
13	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	29
14	O33.5	Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch ungewöhnlich großen Fetus	29
15	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	28
16	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	28
17	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	27
18	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	26
19	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	23
20	N97.0	Sterilität der Frau in Verbindung mit fehlender Ovulation	22
21	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	19
22	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	19
23	N80.1	Endometriose des Ovars	19
24	O06.4	Nicht näher bezeichneter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	18
25	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	18
26	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	18
27	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	18
28	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	17
29	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	17
30	O00.1	Tubargravidität	15

B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	370
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	216
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	78
4	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	72
5	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	66
6	O42	Vorzeitiger Blasensprung	66
7	D25	Leiomyom des Uterus	61
8	O28	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik	55
9	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	50
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	48

B-[9].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	390
2	1-242	Audiometrie	314
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	197
4	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	130
5	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	125
6	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	116
7	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	112
8	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	101

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	100
10	3-709.x	Szintigraphie des Lymphsystems: Sonstige	93
11	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	86
12	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	71
13	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	64
14	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	61
15	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	57
16	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	55
17	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	49
18	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	48
19	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	46
20	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	45
21	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	37
22	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	36
23	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	31
24	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	31
25	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	30
26	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	30
27	5-783.0d	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken	29
28	5-657.72	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	29
29	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)	27

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	27

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	408
2	1-242	Audiometrie	314
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	197
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	186
5	5-749	Andere Sectio caesarea	166
6	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	159
7	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	155
8	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	124
9	3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems	112
10	5-469	Andere Operationen am Darm	101

B-[9].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPRECHSTUNDE IM RAHMEN DER GEBURTSHILFE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Risikoschwangerschaft (Amniozentese/Fruchtwasseruntersuchung)
	Geburtsplanung
	Betreuung von Risikoschwangerschaften
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
<i>Für türkisch-, englisch-, arabisch-, persisch- und russischsprachige werdende Eltern werden Sprechstunden in der jeweiligen Muttersprache angeboten.</i>	
2	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	

2	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	Urogynäkologie
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:
	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	Urogynäkologie
	<i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
4	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:
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	<i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
5	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:
	Tumornachsorge
	Chemoambulanz
	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
	<i>Stanzbiopsie d. Brust unter Ultraschall- u. Mammographiesicht, sonograph. u. mammograph. Untersuchung v. Brustdrüsen, ggf. inkl. regionaler Lymphknoten (bei Indikation MRT). Bei Erstzuweisung ist eine Überweisung durch einen Vertragsarzt erforderlich.</i>
6	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	LEISTUNGEN:

6	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Urogynäkologie
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Frauenklinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums. Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
7	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:
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	<i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
8	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:
	Endokrinologische Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie bei Blutungsstörungen
	Fehlbildungen und Tumoren
	<i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
9	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	131
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	114
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	97
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	52
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	40
6	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	9
7	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	9
8	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	6
9	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	6
10	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	< 4

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

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	11,20	11,20	0,00	1,95	9,25	221,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,91	7,91	0,00	1,59	6,32	323,4

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[9].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche 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-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumorthherapie

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,48	13,48	0,00	1,00	12,48	163,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,64	6,64	0,00	0,00	6,64	307,8
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,31	0,31	0,00	0,00	0,31	6593,6
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,15	0,15	0,00	0,00	0,15	13626,7
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,48	6,48	0,00	0,00	6,48	315,4
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,28	0,28	0,00	0,00	0,28	7300,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,33	2,33	0,00	0,27	2,06	992,2

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pflege in der Onkologie
5	Pflege im Operationsdienst
6	Pflege in der Nephrologie
7	Notfallpflege
8	Hygienebeauftragte in der Pflege
9	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i>
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Breast Care Nurse

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

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



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

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Klaus-Wolfgang Delank, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3401
Fax:	0621 503 3403
E-Mail:	hno@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hals_nasen_ohren_klinik/index_ger.html

B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	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 Tumoren im Bereich der Ohren
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
6	Cochlearimplantation
7	Schwindeldiagnostik/-therapie
8	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
10	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
12	Interdisziplinäre Tumornachsorge
13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
14	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
15	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
16	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
18	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
19	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
20	Schnarchoperationen
21	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
22	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
23	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
24	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
25	Laserchirurgie
26	Diagnostik und Therapie von Allergien
27	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Schädelbasis
28	Phoniatrie
29	Pädaudiologie
30	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, HNO-Ambulanz, Phoniatrie und Pädaudiologie</i>
31	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
32	Kopf-Hals-Tumorzentrum <i>Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2464
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	223
2	J32.4	Chronische Pansinusitis	133
3	J36	Peritonsillarabszess	89
4	H71	Cholesteatom des Mittelohres	81
5	J35.0	Chronische Tonsillitis	80
6	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	72
7	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	70
8	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	69
9	R04.0	Epistaxis	67
10	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	52
11	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	49
12	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	45
13	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	43
14	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	42
15	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	39

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	36
17	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	36
18	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	35
19	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	32
20	S02.2	Nasenbeinfraktur	29
21	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	28
22	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	28
23	J37.0	Chronische Laryngitis	27
24	K11.2	Sialadenitis	21
25	D14.1	Gutartige Neubildung: Larynx	21
26	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	19
27	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	19
28	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	18
29	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	17
30	K14.8	Sonstige Krankheiten der Zunge	17

B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	241
2	J32	Chronische Sinusitis	213
3	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	179
4	J36	Peritonsillarabszess	89
5	H71	Cholesteatom des Mittelohres	81
6	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	77
7	J03	Akute Tonsillitis	76
8	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	75
9	R04	Blutung aus den Atemwegen	69
10	H91	Sonstiger Hörverlust	68

B-[10].6.2 Kompetenzdiagnosen

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

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-242	Audiometrie	401
2	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	394
3	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	383
4	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	372
5	1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt	290
6	5-984	Mikrochirurgische Technik	280
7	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	269
8	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	170
9	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	162
10	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	153
11	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	144

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	136
13	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	127
14	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	122
15	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	122
16	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	102
17	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	100
18	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	99
19	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	96
20	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	87
21	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	85
22	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszess tonsillektomie	79
23	5-983	Reoperation	75
24	5-262.04	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Mit intraoperativem Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	73
25	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	73
26	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	67
27	5-985.0	Lasertechnik: Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser	66
28	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	63
29	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	58
30	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	57

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	506
2	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	460
3	1-242	Audiometrie	401

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	395
5	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	394
6	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	383
7	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	308
8	5-984	Mikrochirurgische Technik	280
9	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	259

B-[10].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Tumornachsorge
	Diagnostik und Therapie von Allergien
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
	Interdisziplinäre Tumornachsorge
	Laserchirurgie
	Mittelohrchirurgie
	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
	Schwindeldiagnostik/-therapie

2	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:
	Tumornachsorge
	Diagnostik und Therapie von Allergien
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
	Interdisziplinäre Tumornachsorge
	Laserchirurgie
	Mittelohrchirurgie
	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
	Schwindeldiagnostik/-therapie
	<i>Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für HNO-Heilkunde erforderlich.</i>
3	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:
	Leistungen der Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
	Phoniatrie
	Pädaudiologie
	<i>Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt (Allgemeinarzt/Praktischer Arzt, HNO-Arzt, Internist, Kinderarzt, Nervenarzt oder Neurologe)</i>
4	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-200	Parazentese [Myringotomie]	200
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	89
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	85
4	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	51
5	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	50
6	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	48
7	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	23
8	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	15
9	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	14
10	5-184	Plastische Korrektur absteher Ohren	12

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	15,23	15,23	0,00	3,66	11,57	213,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,55	8,55	0,00	2,05	6,50	379,1

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

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

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Plastische Operationen
2	Medikamentöse Tumorthherapie

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	36,57	36,57	0,00	2,00	34,57	71,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,12	5,12	0,00	0,00	5,12	481,3
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,58	1,58	0,00	0,00	1,58	1559,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,13	0,13	0,00	0,00	0,13	18953,8
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,19	2,19	0,00	0,54	1,65	1493,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,36	8,36	0,00	0,00	8,36	294,7

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege in der Onkologie
4	Pflege im Operationsdienst
5	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Pflege in der Endoskopie
8	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Palliative Care
8	Breast Care Nurse

B-[11] Augenklinik

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Augenklinik
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/augenklinik/index_ger.html

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2700) Augenheilkunde

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Lars-Olof Hattenbach, FEBO, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3051
Fax:	0621 503 3081
E-Mail:	auge@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/augenlinik/index_ger.html

B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
10	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
11	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
13	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
15	Plastische Chirurgie
16	Laserchirurgie des Auges
17	Anpassung von Sehhilfen
18	Ophthalmologische Rehabilitation
19	Klinisches Studienzentrum <i>Das Studienzentrum besteht seit 2008 und ermöglicht klinische Forschungsprojekte gemäß europäischer und internationaler Richtlinien in höchster Qualität.</i>
20	Spezialsprechstunde

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Augenambulanz

21	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)
----	--

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

Vollstationäre Fallzahl:	2348
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	348
2	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	344
3	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	304
4	H35.38	Sonstige Degeneration der Makula und des hinteren Poles	180
5	H43.1	Glaskörperblutung	72
6	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	70
7	H25.0	Cataracta senilis incipiens	43
8	H47.2	Optikusatrophie	41
9	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	38
10	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	37
11	H02.1	Ektropium des Augenlides	37
12	H11.0	Pterygium	35
13	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	32
14	H35.30	Altersbedingte feuchte Makuladegeneration	32
15	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	31
16	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	31
17	H33.2	Seröse Netzhautablösung	31
18	H27.0	Aphakie	29
19	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	29
20	H16.0	Ulcus corneae	29
21	H40.0	Glaukomverdacht	25
22	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	22

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	H27.1	Luxation der Linse	21
24	H02.3	Blepharochalasis	21
25	H40.8	Sonstiges Glaukom	20
26	E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	17
27	H35.6	Netzhautblutung	16
28	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	14
29	H04.3	Akute und nicht näher bezeichnete Entzündung der Tränenwege	13
30	H44.0	Purulente Endophthalmitis	13

B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	485
2	H40	Glaukom	412
3	H25	Cataracta senilis	411
4	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	253
5	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	112
6	H43	Affektionen des Glaskörpers	83
7	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	64
8	H34	Netzhautgefäßverschluss	58
9	H27	Sonstige Affektionen der Linse	52
10	H16	Keratitis	42

B-[11].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[11].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	521
2	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	323

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	244
4	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	227
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	175
6	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	142
7	5-158.43	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölimplantation	142
8	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölenfernung	127
9	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	125
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	100
11	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	95
12	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	89
13	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	87
14	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	85
15	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	81
16	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	78
17	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	76
18	5-156.1	Andere Operationen an der Retina: Retinektomie	75
19	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	74
20	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	64
21	5-142.1	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie, chirurgisch	64
22	5-158.13	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	60
23	5-144.3a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	54

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	51
25	5-155.2	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Photokoagulation	46
26	5-155.0	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Diathermie	44
27	5-132.22	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklphotokoagulation: Transskleral	44
28	5-093.6	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Reposition einer Lidlamelle	41
29	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	37
30	5-158.44	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölwechsel/-auffüllung	37

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	901
2	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	596
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	398
4	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	342
5	1-220	Messung des Augeninnendruckes	323
6	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	271
7	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	262
8	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	244
9	5-156	Andere Operationen an der Retina	177
10	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	100

B-[11].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
	Anpassung von Sehhilfen
	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	Laserchirurgie des Auges
	Ophthalmologische Rehabilitation
	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:
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
	Anpassung von Sehhilfen
	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde

2	AUGENAMBULANZ
	Laserchirurgie des Auges
	Ophthalmologische Rehabilitation
	Plastische Chirurgie
3	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	Behandlung von Notfällen (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	581
2	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	183
3	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	136
4	5-142	Kapsulotomie der Linse	112
5	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	76
6	5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	14
7	5-097	Blepharoplastik	13
8	5-129	Andere Operationen an der Kornea	12
9	5-095	Naht des Augenlides	7
10	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	7

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

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

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	12,31	12,31	0,00	3,05	9,26	253,6

- davon Fachärztinnen und Fachärzte 4,75 4,75 0,00 1,18 3,57 657,7

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Augenheilkunde

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	22,44	22,44	0,00	1,50	20,94	112,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,49	1,49	0,00	0,00	1,49	1575,8
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,14	0,14	0,00	0,00	0,14	16771,4
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,14	2,14	0,00	0,00	2,14	1097,2
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,34	1,34	0,00	0,00	1,34	1752,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,38	8,38	0,00	1,04	7,34	319,9

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Diplom
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pflege in der Onkologie
5	Pflege im Operationsdienst
6	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Pflege in der Endoskopie
9	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement

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

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



Abteilungsart:

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/ index_ger.html

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2800) Neurologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Armin Grau, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4200
Fax:	0621 503 4202
E-Mail:	neurologie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/ index_ger.html

B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
7	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
9	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
13	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
14	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
15	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
16	Diagnostik und Therapie seltener Stoffwechselleiden
17	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Ambulanz Multiple Sklerose, Botulinumtoxin-Ambulanz, Neurophysiologische Ambulanz, Gefäßambulanz Neurologie, Parkinson-Ambulanz</i>
18	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
19	Stroke Unit <i>Die überregionale Stroke Unit ist nach den Kriterien der Schlaganfallgesellschaft und der Deutschen Schlaganfallhilfe durch die InterCertAG zertifiziert (Re-Zertifizierung Juli 2019). Sie ist das spezialisierte (Schlaganfall-)Zentrum zur Schlaganfallversorgung in der Vorderpfalz.</i>
20	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum <i>Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	3102
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	485
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	301
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	169
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	101
5	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	96
6	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	87
7	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	86
8	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	65
9	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	52
10	R20.1	Hypästhesie der Haut	45
11	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	42
12	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	40
13	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	40
14	R42	Schwindel und Taumel	39
15	G44.2	Spannungskopfschmerz	38
16	R51	Kopfschmerz	36
17	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	35
18	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	28
19	G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	25
20	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	25
21	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	24

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	R55	Synkope und Kollaps	24
23	H81.2	Neuropathia vestibularis	24
24	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	24
25	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	23
26	E86	Volumenmangel	22
27	G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	21
28	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	20
29	G40.8	Sonstige Epilepsien	20
30	R20.2	Parästhesie der Haut	18

B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirnfarkt	914
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	344
3	G40	Epilepsie	329
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	110
5	H81	Störungen der Vestibularfunktion	77
6	I61	Intrazerebrale Blutung	72
7	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	70
8	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	64
9	G43	Migräne	52
10	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	51

B-[12].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2013

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1477
3	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1315
4	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	762
5	1-205	Elektromyographie [EMG]	512
6	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	500
7	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	443
8	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	355
9	1-207.1	Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	347
10	1-206	Neurographie	333
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	292
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	253
13	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	236
14	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	194
15	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	141
16	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	139
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	132
18	8-836.80	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	123
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	120
20	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	119
21	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	69
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	66

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	8-83b.80	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Mikrodrahtretriever-System	55
24	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	43
25	1-901.1	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Komplex	40
26	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	40
27	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	37
28	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	37
29	1-902.1	Testpsychologische Diagnostik: Komplex	36
30	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	32

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2013
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1673
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1477
4	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1262
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	903
6	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	535
7	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	446

B-[12].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	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:
	Behandlung symptomatischer Beschwerden
	Indikationsprüfung einer immunmodulatorischen Therapie
	Differentialdiagnostische Abklärung einer Multiplen Sklerose
	Therapieeinleitung und Überwachung
	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:
	Behandlung von Hemispasmus, Blepharospasmus, fokalen Dystonien und Spastik der Extremitäten
	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)

4	NEUROPHYSIOLOGISCHE AMBULANZ
	LEISTUNGEN:
	Differentialdiagnostische Abgrenzung zu funktionellen Störungen
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	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 Hirnpotentiale 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:
	Indikationsstellung zur Intervention neurovaskulärer Befunde
	Verlaufskontrolle komplizierter, komplexer neurovaskulärer Befunde
	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	<i>Überweisung durch Neurologen erforderlich.</i>
6	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
7	PARKINSON-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:
	Diagnostik, Differentialdiagnose und Therapieempfehlungen bei M. Parkinson, anderen Parkinson-Syndromen und anderen Bewegungsstörungen (Dystonien, Chorea, Ballismus u.a.)
	<i>Auf Überweisung durch Nervenärzte und Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.</i>

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

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

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

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

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	29,39	29,39	0,00	3,28	26,11	118,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	11,34	11,34	0,00	1,27	10,07	308,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Geriatric
2	Intensivmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	37,25	37,25	0,00	1,27	35,98	86,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,34	2,34	0,00	0,00	2,34	1325,6
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,21	4,21	0,00	0,00	4,21	736,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,40	0,40	0,00	0,00	0,40	7755,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,61	0,61	0,00	0,00	0,61	5085,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung
6	Intermediate Care Pflege

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

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

B-[13] Klinik für Strahlentherapie

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Strahlentherapie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/index_ger.html

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3300) Strahlenheilkunde
2	(3200) Nuklearmedizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Matthias Uhl, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3800
Fax:	0621 503 3838
E-Mail:	strahlen@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/index_ger.html

B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	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-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	615
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	81
2	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	69
3	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	51
4	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	47
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	35
6	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	24
7	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	23
8	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	21
9	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	18
10	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	17
11	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	13
12	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	12
13	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	11
14	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	10
15	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	9
16	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	8
17	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	8
18	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	8
19	C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix	7
20	C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris	6
21	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	6
22	C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	5
23	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	5
24	C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	5
26	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	5
27	C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	4
28	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	4
29	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	4
30	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	4

B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	144
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	100
3	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	81
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	35
5	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	32
6	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	29
7	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	23
8	E04	Sonstige nichttoxische Struma	22
9	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	12
10	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	11

B-[13].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[13].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	2065
2	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	974
3	8-528.9	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan	196

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	93
5	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	81
6	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	60
7	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	56
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	51
9	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	43
10	8-542.31	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 1 Medikament	42
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	36
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	33
13	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	31
14	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	29
15	8-542.51	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	28
16	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	28
17	8-522.a0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	25
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	25
19	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	21
20	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	17
21	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	12
22	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	10

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	8-542.41	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 1 Medikament	10
24	8-522.c0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	10
25	8-528.8	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, ohne 3D-Plan	9
26	8-542.32	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	9
27	8-542.22	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	8
28	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	8
29	8-543.42	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	8
30	8-543.52	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 2 Medikamente	7

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	3113
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	262
3	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	208
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	125
5	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	91
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	82

B-[13].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
	Hochvoltstrahlentherapie
	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
2	FACHBEREICH STRAHLENTHERAPIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
	Hochvoltstrahlentherapie
	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
	<i>Ambulante Strahlentherapie</i>

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

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

B-[13].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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	4,71	4,71	0,00	1,01	3,70	166,2
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,30	2,30	0,00	0,50	1,80	341,7

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Strahlentherapie
2	Innere Medizin
3	Nuklearmedizin

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Palliativmedizin

B-[13].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,43	10,43	0,00	0,00	10,43	59,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,30	0,30	0,00	0,00	0,30	2050,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,16	1,16	0,00	0,00	1,16	530,2
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,24	1,24	0,00	0,03	1,21	508,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,88	1,88	0,00	1,05	0,83	741,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Qualitätsmanagement
5	Palliative Care
6	Gerontopsychiatrie

B-[14] Hautklinik

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hautklinik
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hautklinik/index_ger.html

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3400) Dermatologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Edgar Dippel, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3350
Fax:	0621 503 3366
E-Mail:	hautklinik@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hautklinik/index_ger.html

B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	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	Dermatochirurgie
13	Dermatohistologie
14	Dermatologische Lichttherapie
15	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
16	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
17	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
18	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
19	Operationen von Lidtumoren
20	Wundheilungsstörungen
21	Konservative und operative Therapie des Ulcus cruris
22	Diagnostik und Therapie der männlichen Genitalorgane
23	Ästhetische Dermatologie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
24	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
25	Spezialprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Kindersprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Nagelsprechstunde, Onkosprechstunde</i>
26	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
27	Hauttumorzentrum <i>Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2305
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	780
2	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	121
3	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	80
4	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	66
5	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	64
6	A46	Erysipel [Wundrose]	61
7	L40.0	Psoriasis vulgaris	55
8	B02.9	Zoster ohne Komplikation	54
9	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	50
10	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	44
11	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	41
12	L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	37
13	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	36
14	L12.0	Bullöses Pemphigoid	36

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	34
16	B86	Skabies	34
17	C84.0	Mycosis fungoides	29
18	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	28
19	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	27
20	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	25
21	C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	23
22	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	22
23	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	21
24	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	19
25	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	17
26	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	16
27	D23.3	Sonstige gutartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	15
28	C43.4	Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses	14
29	B02.3	Zoster ophthalmicus	13
30	C00.1	Bösartige Neubildung: Äußere Unterlippe	11

B-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1117
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	264
3	B02	Zoster [Herpes zoster]	75
4	L40	Psoriasis	73
5	A46	Erysipel [Wundrose]	61
6	L30	Sonstige Dermatitis	57
7	D03	Melanoma in situ	53
8	I83	Varizen der unteren Extremitäten	41
9	L12	Pemphigoidkrankheiten	38

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	37

B-[14].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	1234
2	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	1009
3	8-191.x	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige	759
4	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	440
5	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	349
6	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	292
7	5-913.b4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Sonstige Teile Kopf	236
8	8-191.40	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Überknüpfpolsterverband, großflächig: Ohne Immobilisation durch Gipsverband	213
9	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	191
10	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	190
11	5-919.0	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung: 3-5 Tumoren	176
12	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	170
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	161
14	5-913.54	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	153

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	5-895.1a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	149
16	5-913.24	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	129
17	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	127
18	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	116
19	5-916.7a	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	111
20	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	110
21	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	106
22	3-709.00	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Mit Gabe von radioaktiv markierten ungerichteten Substanzen	85
23	5-913.ba	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Brustwand und Rücken	85
24	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	82
25	1-490.4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Rumpf	79
26	5-906.04	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Sonstige Teile Kopf	74
27	5-895.1f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	68
28	1-999.1	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren	64
29	5-895.54	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	63
30	8-560.4	Lichttherapie: Photodynamische Therapie (PDT)	61

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	1915
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1852
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1275
4	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	1107
5	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	1085
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	419
7	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	402
8	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	346
9	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	306
10	1-490	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut	225

B-[14].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Ästhetische Dermatologie
	Diagnostik und Therapie von Allergien
	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
	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:
	Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Kindersprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Nagelsprechstunde, Onkosprechstunde
	<i>Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich</i>
3	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	23
2	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	4
3	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	4
4	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
5	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	< 4
6	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
7	5-092	Operationen an Kanthus und Epikanthus	< 4
8	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
9	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
10	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	13,32	13,32	0,00	2,44	10,88	211,9
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,23	5,23	0,00	0,96	4,27	539,8

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Haut- und Geschlechtskrankheiten <i>Volle Weiterbildungsbefugnis (60 Monate)</i>

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Allergologie <i>Volle Weiterbildungsbefugnis (18 Monate)</i>
2	Dermatohistologie
3	Medikamentöse Tumorthherapie <i>Volle Weiterbildungsbefugnis (12 Monate)</i>
4	Phlebologie <i>Weiterbildung (6 Monate)</i>

B-[14].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	22,25	22,25	0,00	0,54	21,71	106,2

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,04	0,04	0,00	0,00	0,04	57625,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,11	1,11	0,00	0,00	1,11	2076,6
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,12	2,12	0,00	0,00	2,12	1087,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,86	6,86	0,00	2,00	4,86	474,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege in der Onkologie
4	Pflege im Operationsdienst
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Schmerzmanagement
4	Wundmanagement
5	Palliative Care

B-[15] Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/mund_kiefer_und_plastische_gesichtschirurgie/index_ger.html

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3500) Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie

B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/mund_kiefer_und_plastische_gesichtschirurgie/index_ger.html

B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
2	Akute und sekundäre Traumatologie
3	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
4	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie <i>Regional</i>
5	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
6	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
8	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
9	Dentoalveoläre Chirurgie
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
12	Dentale Implantologie
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
15	Laserchirurgie
16	Kraniofaziale Chirurgie
17	Epithetik
18	Spezialsprechstunden <i>In der Ambulanz werden folgende Spezialsprechstunden angeboten: Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Tumornachsorge, Dysgnathiesprechstunde, Sprechstunde für Fehlbildungen inklusive Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, Implantatsprechstunde, Sprechstunde für plastisch-rekonstruktive Chirurgie.</i>
19	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
20	Kopf-Hals-Tumorzentrum

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).

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

Vollstationäre Fallzahl:	905
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	81
2	K10.28	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer	77
3	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	61
4	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	41
5	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	35
6	S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae	29
7	S02.2	Nasenbeinfraktur	24
8	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	21
9	K04.8	Radikuläre Zyste	20
10	S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile	20
11	K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	19
12	K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	18
13	S06.0	Gehirnerschütterung	18
14	K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	17
15	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	16
16	C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch	13
17	K02.1	Karies des Dentins	13
18	S02.5	Zahnfraktur	12
19	K09.0	Entwicklungsbedingte odontogene Zysten	12
20	C03.0	Bösartige Neubildung: Oberkieferzahnfleisch	11
21	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	10
22	S01.54	Offene Wunde: Zunge und Mundboden	9
23	K08.2	Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes	9

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	K05.3	Chronische Parodontitis	9
25	K08.3	Verbliebene Zahnwurzel	9
26	S02.60	Unterkieferfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	8
27	K04.7	Periapikaler Abszess ohne Fistel	8
28	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	8
29	K11.2	Sialadenitis	8
30	S03.2	Zahnluxation	7

B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	270
2	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	91
3	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	91
4	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	62
5	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	49
6	S01	Offene Wunde des Kopfes	26
7	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	24
8	S06	Intrakranielle Verletzung	22
9	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	22
10	K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	18

B-[15].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	224
2	5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	127
3	5-769.2	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	121

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-240.2	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes: Osteotomie des Alveolarkammes [Alveolotomie]	116
5	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	96
6	5-766.3	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, von außen	80
7	5-770.7	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	79
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	62
9	5-770.5	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)	60
10	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	56
11	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	56
12	5-760.23	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	48
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	45
14	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	44
15	5-984	Mikrochirurgische Technik	43
16	5-225.5	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer oroantralen Verbindung	43
17	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	42
18	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	42
19	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	40
20	5-279.0	Andere Operationen am Mund: Operative Blutstillung	34
21	5-270.6	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär, kieferwinkelnah	32
22	8-925.00	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit Stimulationselektroden	31
23	5-221.7	Operationen an der Kieferhöhle: Osteoplastische Operation, transoral	31

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-770.11	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Entfernung eines Sequesters	30
25	5-770.6	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Exzision von periostalem Narbengewebe (nach Dekortikation)	30
26	5-231.50	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relicta: Ein Zahn	29
27	5-77b.0	Knochen transplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen: Transplantation von Spongiosa, autogen	28
28	5-764.13	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	28
29	5-230.2	Zahnextraktion: Mehrere Zähne eines Quadranten	27
30	5-242.2	Andere Operationen am Zahnfleisch: Exzision von erkranktem Gewebe	27

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	264
2	5-241	Gingivoplastik	239
3	5-230	Zahnextraktion	227
4	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	208
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	200
6	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	121
7	5-240	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes	117
8	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	111
9	5-766	Reposition einer Orbitafraktur	90

B-[15].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARTZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Akute und sekundäre Traumatologie
	Dentale Implantologie
	Dentoalveoläre Chirurgie
	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
	Endodontie
	Epithetik
	Kraniofaziale Chirurgie
	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
	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:
	Sprechstunden zu: Tumore/ Schleimhautveränderungen, Dysgnathie/ Kiefergelenkerkrankungen, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten/Fehlbildungen, Implantologie/Knochenaufbauverfahren, Ästhetische Gesichtschirurgie
3	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	57
2	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	14
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	13
4	5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	6

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-241	Gingivoplastik	4
6	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	< 4
7	5-240	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes	< 4
8	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	< 4
9	5-200	Parazentese [Myringotomie]	< 4
10	5-245	Zahnfreilegung	< 4

B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	9,66	9,66	0,00	1,59	8,07	112,1
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,50	5,50	0,00	0,90	4,60	196,7

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[15].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Plastische Operationen

B-[15].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	12,25	12,25	0,00	1,90	10,35	87,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,24	0,24	0,00	0,00	0,24	3770,8
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,90	0,90	0,00	0,00	0,90	1005,6
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,13	0,13	0,00	0,00	0,13	6961,5
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,33	0,33	0,00	0,00	0,33	2742,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,51	0,51	0,00	0,00	0,51	1774,5

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege in der Onkologie
4	Pflege im Operationsdienst

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
5	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Pflege in der Endoskopie
8	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Palliative Care
7	Breast Care Nurse

B-[16] Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin

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



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/ anaesthesiologie_operative_intensivmedizin_notfallmedizin/ index_ger.html

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3600) Intensivmedizin

B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Wolfgang Zink, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3000
Fax:	0621 503 3024
E-Mail:	anaesthesie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_operative_intensivmedizin_notfallmedizin/index_ger.html

B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Klinische Anästhesiologie, Schmerztherapie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin</p> <p><i>Die Klinik ist verantwortlich für die Durchführung von über 19.000 Anästhesieleistungen pro Jahr bei operativen und diagnostischen Eingriffen, die Betreuung schwerstkranker Patienten auf der operativen Intensivstation sowie für die Therapie akuter und chronischer Schmerzzustände.</i></p>
2	<p>Operative Intensivmedizin</p> <p><i>Auf der operativen Intensivstation werden jährlich ca. 1.400 Patienten aller Altersstufen betreut (vorwiegend postoperative Patienten).</i></p>
3	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>Individuelle medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapiekonzepte, Schmerzpumpen (PCA), Periduralkatheter (PDK, PDA) mit Pumpen, interdisziplinäre Betreuung von Tumorpatienten, Akupunktur, TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation), periphere Nervenblockaden</i></p>
4	<p>Akut-Schmerzdienst</p> <p><i>Die Versorgung der Schmerzpatienten erfolgt 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche. Es stehen alle modernen Methoden zur Therapie von Schmerzen zur Verfügung.</i></p>
5	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Prämedikationsambulanz</i></p>
6	<p>Notfallmedizin</p> <p><i>Eine Verfügbarkeit des Notfallteams auf der Operativen Intensivstation ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Klinik stellt 2/3 der Notärzte des Klinikums Ludwigshafen. Die Leitung des Notarztstandorts im Klinikum obliegt einem Anästhesisten.</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl:

191

Teilstationäre Fallzahl:

0

Kommentar/Erläuterung:

Patienten werden i.d.R. von der Intensivstation in andere Fachabteilungen verlegt. Die genannte Fallzahl entspricht den Patienten, welche direkt von der Operativen Intensivstation entlassen worden sind.

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	9
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
3	R40.0	Somnolenz	5
4	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	5
5	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	5
6	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	4
7	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	4
8	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	4
9	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	< 4
10	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
11	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	< 4
12	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
13	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
14	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	< 4
15	K81.0	Akute Cholezystitis	< 4
16	R11	Übelkeit und Erbrechen	< 4
17	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	< 4
18	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	< 4
19	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	< 4
20	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
21	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	< 4
22	N13.6	Pyonephrose	< 4
23	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	< 4
24	A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	< 4
25	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	< 4
26	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	< 4
27	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	< 4
28	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	< 4
29	I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	S36.20	Verletzung des Pankreas: Teil nicht näher bezeichnet	< 4

B-[16].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I21	Akuter Myokardinfarkt	12
2	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	9
3	A41	Sonstige Sepsis	8
4	I63	Hirninfarkt	6
5	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	6
6	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	6
7	I70	Atherosklerose	6
8	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	5
9	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	4
10	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	4

B-[16].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	498
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	351
3	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	208
4	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	194
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	163
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	151
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	143

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	116
9	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	68
10	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	64
11	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	59
12	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	53
13	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	47
14	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	39
15	5-916.a6	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Endoösophageal	38
16	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	36
17	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	34
18	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	27
19	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	27
20	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	26
21	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	25
22	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	24
23	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	23
24	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	22
25	5-983	Reoperation	20

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	17
27	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	16
28	5-312.0	Permanente Tracheostomie: Tracheotomie	16
29	8-83b.80	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Mikrodrahtretriever-System	16
30	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	15

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	506
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	498
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	298
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	240
5	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	233
6	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	175
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	151
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	143
9	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	85

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

3	NOTFALLMEDIZIN
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Die Verfügbarkeit der Notfallambulanz auf der Operativen Intensivstation ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Klinik stellt 2/3 der Notärzte des Klinikums. Die Leitung des Notarztstandorts im Klinikum obliegt einem Anästhesisten.</i>

B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	53,94	53,94	0,00	3,19	50,75	3,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	38,99	38,99	0,00	2,31	36,68	5,2

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[16].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Spezielle Schmerztherapie

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
3	Notfallmedizin

B-[16].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	69,32	69,32	0,00	4,58	64,74	3,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,40	6,40	0,00	0,00	6,40	29,8
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,25	0,25	0,00	0,00	0,25	764,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,40	1,40	0,00	0,00	1,40	136,4

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
5	Schmerzmanagement
6	Stomamanagement
7	Palliative Care
8	Deeskalationstraining

B-[17] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[17].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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medin/index_ger.html

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. Henry Kohler, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3650
Fax:	0621 503 3660
E-Mail:	kohlerh@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html
Name/Funktion:	Monique Zabel, Leitende Therapeutin
Telefon:	0621 503 3658
Fax:	0621 503 3654
E-Mail:	zabelm@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html

B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarms
2	Therapie von sonstigen Verletzungen
3	Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
4	Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
5	Therapie von Verletzungen des Halses
6	Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
7	Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms
8	Therapie von Verletzungen des Handgelenks und der Hand
9	Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
10	Therapie von Verletzungen des Thorax
11	Therapie von Verletzungen des Kopfes
12	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
13	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
14	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
15	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
19	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
20	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
21	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
22	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
23	Sportmedizin/Sporttraumatologie
24	Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
25	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath Konzept, PNF)
26	Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie
27	Orthopädische und unfallchirurgische konservative Behandlung
28	Manuelle Therapie, Fascientechniken nach Typaldos
29	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
30	Massage: Klassische und Spezialmassagen
31	Physikalische Therapie
32	Stationäre Herzsportgruppe
33	Chirotherapie
34	Chirodiagnostik
35	Manuelle Lymphdrainage/Kompressionsbehandlung
36	Funktionelle Beckenbodenarbeit
37	Ergotherapie/Arbeitstherapie
38	Atemgymnastik/-therapie
39	Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-650	Elektrotherapie	58

B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES ÄRZTLICHEN LEITERS
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Orthopädisch-unfallchirurgische konservative Behandlung
	Chirotherapie und Chirodiagnostik
	Nicht-ärztliche Heilbehandlungen
	Physikalische Therapie
2	PHYSIKALISCHE THERAPIE
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	LEISTUNGEN:
	Physikalische Therapie
3	KONTINENZZENTRUM
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

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

In dem Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin werden keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt.

B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	1,23	1,23	0,00	0,00	1,23	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,23	1,23	0,00	0,00	1,23	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[17].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Physikalische Therapie und Balneologie
2	Manuelle Medizin/Chirotherapie
3	Sportmedizin
4	Sozialmedizin
5	Notfallmedizin
6	Rehabilitationswesen
7	Spezielle Unfallchirurgie

B-[17].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,78	1,78	0,00	0,00	1,78	0,0

Abkürzungen:

Anz. = Anzahl, *Wö.* *AZ* = Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV* = Beschäftigungsverhältnis, *Amb.* = ambulante Versorgung, *Stat.* = stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.* = das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[18] Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-[18].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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html

B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

B-[18].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Günter Layer, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4500
Fax:	0621 503 4590
E-Mail:	radiologie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html

B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	Arteriographie
3	Phlebographie
4	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
5	Interventionelle Radiologie
6	Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung <i>Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung</i>
7	Computertomographie (CT), nativ
8	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
9	Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>CT-Angiographie, CT-Kolographie, Kardio-CT; CT-Interventionen (Biopsie, Tumorablation), Osteodensitometrie, Dental-CT</i>
10	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
11	Knochendichtemessung (alle Verfahren) <i>Computertomographie</i>
12	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) <i>Tomosynthese (3-D Mammographie), Stereotaktische Biopsie</i>
13	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
14	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
15	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
16	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>MR-Mamma, MRCP, MR-Kolographie, MR-Angiographie, Herz-MR, Ganzkörper-MRT</i>
17	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
18	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
19	Native Sonographie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
20	Qualitätssicherungsprogramm für radiologische Interventionen <i>Zertifikat der DeGIR</i>
21	Tumorembolisation
22	Neuroradiologie
23	Quantitative Bestimmung von Parametern
24	Intraoperative Anwendung der Verfahren
25	Spezialsprechstunden <i>Nach Vereinbarung</i>
26	Zentrale Notaufnahme <i>Notfalldiagnostik (24h)</i>
27	Kooperationen <i>Brustzentrum, Gefäßzentrum, Hauttumorzentrum, Herzzentrum/ Klinik für Herzchirurgie, Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum, Medizinische Klinik B, Onkologisches Zentrum, Prostatakarzinomzentrum, Überregionale Stroke Unit, Viszeralonkologisches Zentrum, Shuntzentrum, Zentrum für Autoimmunerkrankungen.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4485
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	3062
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2767
4	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2352
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2305
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	2037
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1040
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	748

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	730
10	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	650
11	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	382
12	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	343
13	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	323
14	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	322
15	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	287
16	3-206	Native Computertomographie des Beckens	284
17	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	276
18	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	231
19	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	216
20	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	206
21	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	185
22	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	179
23	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	158
24	3-843.0	Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	97
25	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	95
26	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	95
27	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	86
28	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	77
29	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	74
30	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	73

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4485

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	3062
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2767
4	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2352
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2305
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	2037
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1040
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	748
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	730
10	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	650

B-[18].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Arteriographie
	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	Computertomographie (CT), nativ
	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	Interventionelle Radiologie
	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	Konventionelle Röntgenaufnahmen
	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	Neuroradiologie
	Phlebographie
	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	Quantitative Bestimmung von Parametern
	Tumorembolisation
2	RHEUMAAMBULANZ
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<i>Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.</i>
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.</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:
	Stereotaktische Biopsie
	Tomosynthese
	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	<i>Vakuumstanzbiopsie</i>
5	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Notfalldiagnostik</i>

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

In dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie werden keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt.

B-[18].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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	19,61	19,14	0,47	4,16	15,45	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	13,00	12,53	0,47	2,73	10,27	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[18].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[18].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[18].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,53	7,53	0,00	0,55	6,98	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[19] Institut für Pathologie

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



Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Pathologie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/index_ger.html

B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[19].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Mindaugas Andrulelis, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4300
Fax:	0621 503 4330
E-Mail:	pathologie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/index_ger.html

B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik von onkologischen Erkrankungen
2	Diagnostik von hämatologischen Erkrankungen
3	Diagnostik der pulmonalen Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
4	Diagnostik von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Diagnostik von sonstigen Formen der Herzkrankheit
7	Diagnostik von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
8	Diagnostik von Nierenerkrankungen
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 ischämischen Herzkrankheiten
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
19	Dermatohistologie

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-990	Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung	19

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-990	Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung	19

B-[19].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MVZ - FACHBEREICH PATHOLOGIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	Molekularpathologie, Molekulare Tumordiagnostik
	Histologische Untersuchungen von Gewebeproben
	Zytologische Untersuchungen von Punktaten und Zellmaterial
	<i>Die ambulanten diagnostischen Leistungen erbringt das Institut für Pathologie im MVZ des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein GmbH.</i>
2	ASV - FACHBEREICH PATHOLOGIE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
	Rheumatologische Erkrankungen
	Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

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

In dem Institut für Pathologie werden keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt.

B-[19].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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	7,02	7,02	0,00	2,21	4,81	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,97	4,97	0,00	1,56	3,41	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[19].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Pathologie

B-[19].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[20] Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

B-[20].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/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html

B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[20].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Matthias F. Bauer, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3500
Fax:	0621 503 3520
E-Mail:	BauerMat@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html

B-[20].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	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, Schnelltest: Influenza A/B, RSV, SARS COV2</i>
3	Harn- und Stuhluntersuchungen <i>Blut im Stuhl, Urinsediment, Urinstreifentest, Schwangerschaftstest, Elektrolyte, Proteine, Mineralien</i>
4	Hormonbestimmungen <i>Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Hypophyse, Nebennierenrindenhormone etc.</i>
5	Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
6	Medikamentenspiegelbestimmungen <i>Antibiotika, Zytostatika sowie Antiepileptika</i>
7	Toxikologie <i>Drogennachweise, Bestimmung des Alkoholspiegel, Vergiftungen</i>
8	Point of Care Testing <i>Blutzuckerbestimmungen, Blutgasbestimmungen inklusive Oximetrie, Urinteststreifen-Diagnostik, Gerinnungsdiagnostik</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 von Tumorerkrankungen <i>Molekulargenetischer Nachweis von somatischen, therapielevanten Veränderungen in operativ und biopsisch gewonnenem Tumorgewebe.</i>
11	Molekulare Diagnostik und Genetik mitochondrialer Erkrankungen <i>Ein Spezialgebiet des Instituts ist die molekulargenetische Diagnostik mitochondrialer Erkrankungen. Diese Diagnostik steht sowohl den Fachabteilungen des Klinikums als auch externen Einsendern zur Verfügung.</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
12	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>Humangenetische Beratung: Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels, insbesondere mitochondriale, neuromuskuläre und neurodegenerative Erkrankungen.</i></p>
13	<p>Hygiene</p> <p><i>- Krankenhaushygienische Beratung - Infekt. Konsiliardienst - Krankenhaushygienische Untersuchungen, Q-Sicherungsmaßnahmen - Kontrolle Sterilisation - Kontrolle Desinfektion - Kontrolle Aufbereitung & Reinigung - Mikro. Überprüfung Arzneimittel, Umgebungsuntersuchungen z.B. Wasser oder Luft, etc.</i></p>
14	<p>Transfusionsmedizin</p> <p><i>Die immunhämatologische Labordiagnostik und Bereitstellung von Blutkonserven für die Transfusion in den Kliniken und Ambulanzen erfolgt im ILHT.</i></p>
15	<p>Hämatologie</p> <p><i>Die Bestimmung von Blutbildern, Differentialblutbildern und durchflusszytometrischer Diagnostik aus Blut, Knochenmark und Punktaten erfolgt im ILHT.</i></p>
16	Autoimmundiagnostik
17	<p>Diagnostik von Gerinnungsstörungen</p> <p><i>Spezielle laboranalytische Diagnostik des Blutgerinnungssystems als Grundlage für die Beratung und Therapie der stationären Patienten sowie für Patienten im MVZ.</i></p>
18	Liquor-Diagnostik

B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Blutkonzentrate werden vom Institut zur Verfügung gestellt und regelhaft von den klinischen Abteilungen bzw. Ambulanzen transfundiert oder verabreicht.

B-[20].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Medikamentenspiegelbestimmungen
	Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten
	Spezialsprechstunden (Humangenetische Beratung, Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels)
	Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
	Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Hormonbestimmungen
	Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie"
	Point of Care Testing
	Diagnostik von Gerinnungsstörungen
	Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen
	Hämatologie
	Harn- und Stuhluntersuchungen
	Toxikologie
	Transfusionsmedizin
	Liquor-Diagnostik
	Autoimmundiagnostik
2	FACHBEREICH LABORATORIUMS- UND TRANSFUSIONSMEDIZIN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	Peritransfusionelle Labordiagnostik, Immunhämatologie
	Diagnostik von Gerinnungsstörungen
	<i>Gerinnungsambulanz</i>
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:
	Diagnostische und therapeutische Beratung von Patienten, behandelnden Ärzten und Angehörigen

B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In dem Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin werden keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt.

B-[20].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[20].11 Personelle Ausstattung

B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	7,81	7,81	0,00	2,22	5,59	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,31	5,31	0,00	1,57	3,74	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[20].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[20].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Hämostaseologie
2	Labordiagnostik - fachgebunden -

B-[20].11.2 Pflegepersonal

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,33	1,33	0,00	0,00	1,33	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,79	10,79	0,00	1,06	9,73	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[21] Apotheke

B-[21].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/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/index_ger.html

B-[21].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[21].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. rer. nat. Norbert Marxer, Chefapotheker
Telefon:	0621 503 3030
Fax:	0621 503 3033
E-Mail:	apotheke@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/index_ger.html

B-[21].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[21].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Arzneimittelversorgung</p> <p><i>Belieferung der Stationen und Bereiche für ambulante und stationäre Patienten mit Arzneimitteln, Infusionen, Röntgenkontrastmitteln und Verbandstoffen</i></p>
2	<p>Erstellung und Fortentwicklung der Arzneimittelliste</p> <p><i>Über die interdisziplinär besetzte Arzneimittelkommission wird entschieden, welche Arzneimittel im Klinikum zur Therapie eingesetzt und benötigt werden. Die ca. 1.500 ausgewählten Präparate werden in einer klinikinternen verbindlichen Arzneimittelliste zusammengefasst.</i></p>
3	<p>Arzneimittelherstellung</p> <p><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></p>
4	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Beantwortung der Anfragen von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich Auswahl, Dosierung, Dosisanpassung, Applikation, Kompatibilitäten, Interaktionen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln</i></p>
5	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Durchführung der Arzneimittelanamnese bei der Patientenaufnahme</i></p>
6	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Apotheker auf Station: Beratung der Ärzte zur individuellen Arzneimitteltherapie der Patienten</i></p>
7	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Bereitstellung von Informationen zu gelisteten Arzneimitteln</i></p>
8	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Patientenindividuelle Umsetzungsempfehlungen für die häusliche Medikation von Patienten</i></p>
9	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Bewertung von neuen Präparaten</i></p>
10	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Erfassung, Bewertung und Weiterleitung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen</i></p>
11	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Erstellung von Verbrauchsstatistiken, Beratung zum Arzneimittelverbrauch, Vergleich von Therapiekosten bei vergleichbarer Wirksamkeit</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- | | |
|----|---|
| 12 | Pharmazeutische Dienstleistungen
<i>Qualitätskontrolle des Umgangs mit Arzneimitteln v.a. im Rahmen von Stationsbegehungen</i> |
| 13 | Pharmazeutische Dienstleistungen
<i>Mitarbeit bei klinischen Studien</i> |
| 14 | Pharmazeutische Dienstleistungen
<i>Geschäftsführung bei der Arzneimittelkommission</i> |
| 15 | Pharmazeutische Dienstleistungen
<i>Durchführung von klinikinternen Fortbildungen und Schulungen</i> |
| 16 | Pharmazeutische Dienstleistungen
<i>Leitung des hauseigenen antibiotic-stewardship-Gremiums</i> |
| 17 | Pharmazeutische Dienstleistungen
<i>Teilnahme an der infektiologischen Visite der Intensivstationen</i> |
| 18 | Zertifizierung durch die Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz (Re-Zertifizierung Oktober 2017) |

B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[21].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Angabe entfällt

B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Angabe entfällt

B-[21].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Angabe entfällt

B-[21].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[21].11 Personelle Ausstattung

In der Apotheke sind folgende Personengruppen beschäftigt:

Personengruppe	VK
Leitende(r) Apotheker(in)	1,00
Fachapotheker(in)	2,35
Apotheker(in)	2,91
Pharmazeutisch-Kaufm. Assistent(in)	4,50
Pharmazeutisch-Techn. Assistent(in)	5,05
Praktikant(in)	2,08
Auszubildende(r) (PKA)	1,00
Hilfskraft	1,00
Sachbearbeiter(in)	0,52
Gesamt	20,40

B-[21].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich:	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)
Fallzahl:	249
Anzahl Datensätze:	249
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
<hr/>	
Leistungsbereich:	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)
Fallzahl:	80
Anzahl Datensätze:	80
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
<hr/>	
Leistungsbereich:	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantat (09/3)
Fallzahl:	31
Anzahl Datensätze:	31
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
<hr/>	
Leistungsbereich:	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)
Fallzahl:	74
Anzahl Datensätze:	74
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
<hr/>	
Leistungsbereich:	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)
Fallzahl:	72

Anzahl Datensätze:	72
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

Leistungsbereich:	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)
Fallzahl:	45
Anzahl Datensätze:	45
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

Leistungsbereich:	Karotis-Revaskularisation (10/2)
Fallzahl:	143
Anzahl Datensätze:	143
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

Leistungsbereich:	Gynäkologische Operationen (15/1)
Fallzahl:	318
Anzahl Datensätze:	318
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

Leistungsbereich:	Geburtshilfe (16/1)
Fallzahl:	412
Anzahl Datensätze:	413
Dokumentationsrate (%):	100,24
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Leistungsbereich:	Mammachirurgie (18/1)
Fallzahl:	247
Anzahl Datensätze:	247
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

Leistungsbereich:	Dekubitusprophylaxe (DEK)
Fallzahl:	544
Anzahl Datensätze:	544
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Leistungsbereich: Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	
Fallzahl:	440
Anzahl Datensätze:	440
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich	
	Ergebnis-ID	101803
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie 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, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	93,98 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	90,3 % - 96,32 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	234	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	249	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	94,19	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	94,02 % - 94,36 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
2	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
Ergebnis-ID	54140	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Art des Wertes	QI	

Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschritt-macher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,67 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	96,15 % - 99,55 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	222
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	225
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,53
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,43 % - 98,62 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten	
Ergebnis-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. 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/ehs150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97,33 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	94,31 % - 98,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	219
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	225
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,65
Vertrauensbereich	96,51 % - 96,78 %

4	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten	
Ergebnis-ID	54142	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. 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.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	—	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	0,1	
Vertrauensbereich	0,07 % - 0,12 %	

5 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten	
Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie 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. 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)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,78
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,68 % - 1,88 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	89,06 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	85,22 % - 91,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	293
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	329
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	88,94
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	88,73 % - 89,15 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,35
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	9,24
Grundgesamtheit	245
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,87
Referenzbereich	≤ 3,44 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,85 % - 0,89 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
8	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/ 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 Fall-zahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routedaten - 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)	95,77 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	94,22 % - 96,91 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	837
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	874
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	95,31
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,23 % - 95,39 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich	≤ 2,60 %
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,13 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,61 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,63 % - 4,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	249

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,59
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	1,5 % - 1,68 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
11	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	12,05 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	8,57 % - 16,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	249
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	55,05
Vertrauensbereich	54,68 % - 55,41 %

12 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,9
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,97 % - 3,67 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	1,69
Grundgesamtheit	249
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,11
Referenzbereich	≤ 4,29 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,18 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13	Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)
Ergebnis-ID	2190
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 1,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	936
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,03
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,04 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation	
Ergebnis-ID		2194
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0,62
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		0,25 % - 1,26 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		6
Erwartete Ereignisse		9,64
Grundgesamtheit		208

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,01
Referenzbereich	≤ 2,77 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,45
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,04
Referenzbereich	≤ 6,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,19 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ 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, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>99,69 %</p>
<p>Risikoadjustierte Rate</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,26 % - 99,95 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>321</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>322</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesergebnis</p>	<p>98,31</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 95,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,21 % - 98,41 %</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

17	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID		111801
Leistungsbereich		Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		0 % - 4,58 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		80
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		0,24
Referenzbereich		≤ 2,30 %
Vertrauensbereich		0,18 % - 0,33 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar

18	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID		121800
Leistungsbereich		Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		0 % - 11,03 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		31
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		1,06
Referenzbereich		≤ 3,10 %
Vertrauensbereich		0,87 % - 1,27 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar

19 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers	
Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,02
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,29 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	2,43
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,03
Referenzbereich	≤ 5,20 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,2 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	50055
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	91,89 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	83,42 % - 96,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	74

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	91,75
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	91,37 % - 92,11 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22 Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen	
Ergebnis-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	95,95 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	88,75 % - 98,61 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	71
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	74
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,82
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,58 % - 97,05 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,48 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	92,02 % - 98,49 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	137
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	142

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	91,04
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	90,71 % - 91,35 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,26
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,93
Referenzbereich	≤ 2,72 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,97 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
25	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	93,05 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	89,6 % - 95,41 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	281
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	302
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,17
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,02 % - 96,31 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
	Ergebnis-ID	131802
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	0 % - 4,93 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	74
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	0,94
	Referenzbereich	≤ 2,50 %
	Vertrauensbereich	0,82 % - 1,08 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27 Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)	
Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,83
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,71 % - 0,97 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
	Ergebnis-ID	131803
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	14,29 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	7,95 % - 24,34 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	70
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	55,27
	Vertrauensbereich	54,58 % - 55,95 %

29	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	51186
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
<p>Risikoadjustierte Rate</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 10,07 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,49</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>74</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,05</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 6,96 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,89 % - 1,24 %</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

30 Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation	
Ergebnis-ID	132001
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,65
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,66 % - 3,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,63
Grundgesamtheit	70

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,97
Referenzbereich	≤ 2,63 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,04 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31	Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
-----------	--

Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	2,48
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich	≤ 3,80 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
32	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52321
Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	99,07 % - 100 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	411
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	411

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	98,78
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,87 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID		141800
Leistungsbereich		Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		0 % - 5,07 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		72
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		0,23
Referenzbereich		≤ 3,80 %
Vertrauensbereich		0,15 % - 0,34 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar

34	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	151800	
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	—	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	1,41	
Referenzbereich	≤ 2,90 %	
Vertrauensbereich	1,17 % - 1,69 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

35 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)	
Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 10,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	32
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,64
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,46 % - 0,88 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,82
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,19
Referenzbereich	≤ 4,92 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,38 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	603
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	95,65 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	85,47 % - 98,8 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	46
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	99,07
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,88 % - 99,22 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	92,73 % - 100 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	49
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	99,73
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,59 % - 99,82 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	6,98
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	4,04 % - 11,8 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
40	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,68
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,99
Referenzbereich	≤ 2,86 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,07 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
41 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,79
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,15 %

42 Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,47 %

43 Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	2,39
Vertrauensbereich	1,73 % - 3,29 %

44 Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	2,98
Vertrauensbereich	2,63 % - 3,36 %

45	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	51437
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	100 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	6	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	6	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	97,75	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	97,13 % - 98,24 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
46	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	51443	
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	99,17
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,69 % - 99,47 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
<p>Risikoadjustierte Rate</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 3,93 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>5,19</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>15</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,09</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 2,80 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,97 % - 1,22 %</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

48 Verhältnis tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 5,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,06
Grundgesamtheit	15
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,14
Vertrauensbereich	1 % - 1,29 %

49	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
Ergebnis-ID	51445	
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	—	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	2,02	
Vertrauensbereich	1,53 % - 2,67 %	

50	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	51448	
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	—	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	2,12	
Vertrauensbereich	1,12 % - 3,98 %	

51	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	51860
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	3,94
	Vertrauensbereich	3,2 % - 4,84 %
52	Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind	
	Ergebnis-ID	161800
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	2,99
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	1,94 % - 4,57 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
<p>Risikoadjustierte Rate</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 2,95 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>1,27</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>166</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,12</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 4,18</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,05 % - 1,19 %</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

54	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
	Ergebnis-ID	12874
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	0 % - 8,57 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	41
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	0,98
	Referenzbereich	≤ 5,00 %
	Vertrauensbereich	0,88 % - 1,09 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
55	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	14
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesergebnis	7,78
	Referenzbereich	≤ 20,00 %
	Vertrauensbereich	7,35 % - 8,24 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	172001_10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	13,12
Vertrauensbereich	12,06 % - 14,27 %

57	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60685
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 3,85 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	96
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,93
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,02 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
58	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	20,12
Referenzbereich	≤ 44,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,41 % - 20,84 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59

Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	92,94 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	85,44 % - 96,72 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	79
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	85

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	88,56
Referenzbereich	≥ 74,11 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	88,23 % - 88,88 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60 Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	3,01
Referenzbereich	≤ 6,19 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,9 % - 3,12 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61

Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		-
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		96,57
Referenzbereich		≥ 95,00 %
Vertrauensbereich		96,13 % - 96,97 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
62	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben	
Ergebnis-ID		50045
Leistungsbereich		Geburtshilfe
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	99,31 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	96,17 % - 99,88 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	143
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	144

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	98,98
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,94 % - 99,02 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
--------------------------	--

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	1,14
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,29 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	144
Erwartete Ereignisse	30,68
Grundgesamtheit	413

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	1,01
Referenzbereich	≤ 1,24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,01 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64 Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	0,31
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,43 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65

Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen (Frühgeborene, Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee
--------------------------	--

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
--------------------	-----

Risikoadjustierte Rate	0
------------------------	---

Vertrauensbereich	—
-------------------	---

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
------------------------	---------------

Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
----------------------	---------------

Grundgesamtheit	(Datenschutz)
-----------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	0,23
----------------	------

Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
-------------------	-----------------

66

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51397
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Geburtshilfe
------------------	--------------

Art des Wertes	TKez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen".</p>
--------------------------	---

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0,93
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,05 %

67

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	0 % - 86,73 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	0,32	
Grundgesamtheit	10	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	1,04	
Referenzbereich	≤ 5,32 (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,16 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
68	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend	
Ergebnis-ID	318	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	96,92
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,69 % - 97,13 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69 Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (Frühgeborene wurden nicht miteinbezogen)

Ergebnis-ID	51803
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
 In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	1,33
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,52 % - 3,38 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,01
Grundgesamtheit	401

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	1,06
Referenzbereich	≤ 2,32
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,09 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70 Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen	
Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 12,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11
Grundgesamtheit	267
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,89
Referenzbereich	≤ 3,23 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,82 % - 0,97 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71 Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt	
Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	97,52 % - 100 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	151
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	151
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,93
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,82 % - 98,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72	Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)	
	Ergebnis-ID	52268
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis 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 Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	7,56 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	4,03 % - 13,75 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	9
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	119
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	13,4
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	13,13 % - 13,66 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
73	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)	
	Ergebnis-ID	52330
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	—	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	99,47	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	99,35 % - 99,57 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
74	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)	
	Ergebnis-ID	52279
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	97,19 % - 100 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	133
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	133

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	98,83
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,95 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75

Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	0 % - 16,11 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	20	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	0,11	
Referenzbereich	Sentinel Event	
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,22 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
76	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde	
Ergebnis-ID	50719	
Leistungsbereich	Operation an der Brust	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	15

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	4,1
Referenzbereich	≤ 5,13 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,59 % - 4,68 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77

Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	94,93 % - 100 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	72
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	72
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,98
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,78 % - 97,16 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
78	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten als auch deren Angehörige in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	2,99 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	1,17 % - 7,42 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	134

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	3,22
Referenzbereich	≤ 11,67 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,07 % - 3,38 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79

Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

Ergebnis-ID	60659
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	11,86 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	7,2 % - 18,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	118
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	11,32
Referenzbereich	≤ 23,01 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	11,06 % - 11,58 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
80	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen
Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	96,07 % - 100 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	94
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	94

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	99,37
Referenzbereich	≥ 97,04 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	99,3 % - 99,43 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>1,87</p>
<p>Risikoadjustierte Rate</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,63 % - 2,16 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>187</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,3</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>33210</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,05</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 2,32 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,04 % - 1,06 %</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

82	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
Ergebnis-ID	52326	
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0,45 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	0,39 % - 0,53 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	150	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	33210	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	0,33	
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,33 %	

83	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)	
Ergebnis-ID	521801	
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0,1 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	0,07 % - 0,14 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	34	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	33210	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	0,06	
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,06 %	

84	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
Ergebnis-ID	52010	
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	—	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	0	
Referenzbereich	Sentinel Event	
Vertrauensbereich	0 % - 0 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	99,09 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	97,69 % - 99,65 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	436
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	440

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	98,77
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,73 % - 98,81 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	232000_2005	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	EKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	98,82 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	96,6 % - 99,6 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	252	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	255	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	98,68	
Vertrauensbereich	98,63 % - 98,73 %	

87	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	2006
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	99,06 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	97,61 % - 99,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	421
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	425
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	98,83
	Vertrauensbereich	98,79 % - 98,87 %

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID 232001_2006

Leistungsbereich Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren QSKH

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2006

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	98,81 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	96,57 % - 99,6 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	250
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	253

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	98,75
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,8 %

89		Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID		2007	
Leistungsbereich		Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes		TKez	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Ergebnis (Einheit)		100 %	
Risikoadjustierte Rate		0	
Vertrauensbereich		79,61 % - 100 %	
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse		15	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		15	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesergebnis		97,54	
Vertrauensbereich		97,25 % - 97,81 %	

90	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	232002_2007	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	EKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	—	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	96,86	
Vertrauensbereich	96,41 % - 97,26 %	

91	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID		2009
Leistungsbereich		Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		92,54 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		88,38 % - 95,29 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		211
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		228
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		93,21
Referenzbereich		≥ 90,00 %
Vertrauensbereich		93,08 % - 93,34 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar

92	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).	
	Ergebnis-ID	232003_2009
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	67,87 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	63,07 % - 72,31 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	264
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	389
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	83,04
	Vertrauensbereich	82,89 % - 83,19 %
93	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen	
	Ergebnis-ID	2013
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	95,03 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	90,5 % - 97,46 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	153	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	161	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	92,64	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	92,49 % - 92,79 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
94	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	232004_2013	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	EKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
--------------------------	---

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	93,52 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	87,22 % - 96,83 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	101
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	108

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	92,7
Vertrauensbereich	92,52 % - 92,87 %

95

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>97,81 %</p>	
<p>Risikoadjustierte Rate</p>	<p>0</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,55 % - 98,94 %</p>	
<p>FALLZAHL</p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>313</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>320</p>	
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
<p>Bundesergebnis</p>	<p>96,49</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 95,00 %</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,41 % - 96,58 %</p>	
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>		
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>	
<p>96</p>	<p>Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>232005_2028</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>	
<p>Art des Wertes</p>	<p>EKez</p>	
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>	
<p>Bezug zu anderen QS-Ergebnissen</p>	<p>2028</p>	
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
--------------------------	---

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	97,95 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	94,85 % - 99,2 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	191
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	195

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	95,89
Vertrauensbereich	95,77 % - 96 %

97

Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
--------------------------	--

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	98,79 % - 100 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	313
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	313

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	98,68
Vertrauensbereich	98,62 % - 98,73 %

98

Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232006_2036
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	98,03 % - 100 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	191
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	191

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	98,64
Vertrauensbereich	98,57 % - 98,71 %

99

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	12,16 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	8,7 % - 16,74 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	255

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	15,52
Vertrauensbereich	15,35 % - 15,69 %

100

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	16,36 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	13,2 % - 20,11 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	72	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	440	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	17,06	
Vertrauensbereich	16,92 % - 17,2 %	
101	<p>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>	
	Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0,76</p>
<p>Risikoadjustierte Rate</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,44 % - 1,29 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>12</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>6,9</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>230</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,02</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 1,98 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1 % - 1,03 %</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

102 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,26
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	7,92
Grundgesamtheit	402
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %

103	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.	
	Ergebnis-ID	232010_50778
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	-
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	1,02
	Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %
104	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	50722
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,59 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	96,96 % - 99,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	420
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	426
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,76
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,69 % - 96,82 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
------------	---

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	98,8 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	96,52 % - 99,59 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	246
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	249

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	96,71
Vertrauensbereich	96,63 % - 96,79 %

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

- Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen 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>Der Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V wurde zwischen dem Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH und der BKK-Landesverband Mitte, IKK Südwest, Knappschaft Bochum, SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse sowie den Ersatzkassen in RLP (Barmer GEK, TK, DAK-Gesundheit, KKH, HEK, hkk) geschlossen und regelt die indikationsgesteuerte u. systematische Koordination der Behandlung der Patienten mit Asthma bronchiale sowie die stationäre Versorgung.</i></p>
2	<p>Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</p> <p><i>Die Vereinbarung im Rahmen d. Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V wurde zw. den Krankenhäusern in RLP und der AOK RLP/Saarland geschlossen u. regelt die stat. Versorgung von Patienten mit COPD mit dem Ziel, abhängig von Alter u. Begleiterkrankungen, der Vermeidung/Reduktion von akuten u. chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen u. der raschen Progredienz der Erkrankung, der Reduktion der COPD-bedingten Letalität und der adäquaten Behandlung der Komorbiditäten.</i></p>

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

LEISTUNGSBEREICH:	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Deutsches Reanimationsregister
Ergebnis:	Erfassung außerklinisch u. innerklinisch reanimierter Patienten u. Notfallversorgungen in d. Klinik
Messzeitraum:	k.A.
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	https://www.reanimationsregister.de/
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:	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 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:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme am HAND-KISS, ITS-KISS, OP-KISS
Ergebnis:	KISS-Zertifikat
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Module unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Rechenregeln:	Module unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Referenzbereiche:	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Vergleichswerte:	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Quellenangabe:	https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme an externen Qualitätskontrollen nach RiliBÄK 2019 für alle Bereiche des ILHT.
Ergebnis:	Deutschlandweiter Benchmark
Messzeitraum:	mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2019 und DIN EN ISO 22870:2016 sowie DIN EN ISO 15189:2014
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Benchmark mit Referenzhäusern und Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK 2019 und DIN-Normen
Quellenangabe:	www.instandev.de, www.rfb.bio, DIN EN ISO 22870:2016 und RiliBÄK 2019

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Akkreditierung klinische Chemie, Molekulare Diagnostik, Mikrobiologie, Serologie, Transfusionsmedizin, POCT
---	---

Ergebnis:	Erfolgreiche Akkreditierung Januar 2020
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Gemäß DIN EN ISO 15189:2014 und DIN EN ISO 22870:2016
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Benchmark mit akkreditierten Referenzhäusern und Referenzlaboratorien
Quellenangabe:	DIN EN ISO 15189:2014, DIN EN ISO 22870:2016

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Referenzlaboratorium für die Firmen Bio-Rad und Thermo-Fisher
Ergebnis:	Zertifikat
Messzeitraum:	kontinuierlich gemäß RiliBÄK 2019
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	www.bio-rad.com, www.thermofisher.com und RiliBÄK 2019

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Laborvergleiche in der Serologie und Stuhldiagnostik
Ergebnis:	Zertifikat
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	nach DIN EN ISO 15189:2014, nach ESfEQA
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Benchmark mit anderen Laboratorien
Quellenangabe:	DIN EN ISO 15189:2014, www.Esfqa.eu

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Überwachung durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI)
Ergebnis:	Betriebserlaubnis für Stammzellenlagerung, Knochenbank und Führen eines Blutdepots
Messzeitraum:	kontinuierlich, externe Begehung durch das PEI
Datenerhebung:	nach AMG, Richtlinie Hämotherapie, GMP
Rechenregeln:	

Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Paul-Ehrlich-Institut, AMG, Richtlinie Hämotherapie
LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Externe Qualitätssicherung bei der ECAT-Foundation in der Gerinnung und Immunologie
Ergebnis:	Zertifikat
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	internationaler Benchmark mit Laboratorien
Quellenangabe:	ECAT-Foundation (www.ecat.nl)
LEISTUNGSBEREICH:	Zentralinstitut für Interventionelle Radiologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Bundesweites Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Ergebnis:	Zertifizierung nach den Kriterien der DeGIR
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Rechenregeln:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Referenzbereiche:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Vergleichswerte:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Quellenangabe:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Pathologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Qualitätsindikatoren der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie und NordiQC
Ergebnis:	Ergebnis der Ringversuche
Messzeitraum:	3x bis 4x im Jahr
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	http://www.quip-ringversuche.de/https://www.nordiqc.org

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Pathologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen: Immunhistochemie (HER-2/neu), Proliferation (Ki-67), Progesteronrezeptor, Östrogenrezeptor und weitere.
Ergebnis:	Erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen laut Vorgaben der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie
Messzeitraum:	kontinuierlich
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:	Apotheke
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Antibiotikaverbrauchs-Surveillance-Projekt ADKA-if-RKI
Ergebnis:	(Antibiotikaverbrauchsdaten des Klinikums und seiner Abteilungen sowie Benchmarkdaten)
Messzeitraum:	Jährlich
Datenerhebung:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Rechenregeln:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Referenzbereiche:	Antibiotika-RDD und -DDD
Vergleichswerte:	ADKA-if-RKI Antiinfektiva-Surveillance: 9. Krankenhausvergleichsreport
Quellenangabe:	www.antiinfektiva-surveillance.de

LEISTUNGSBEREICH:	Apotheke
-------------------	----------

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an die Apotheke nach den Kriterien der LAK RLP und nach DIN EN ISO 9001:2008
Ergebnis:	Re-Zertifizierung Oktober 2017
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Anforderungskatalog
Rechenregeln:	Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

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:	Anforderungskatalog
Rechenregeln:	Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	Anforderungskatalog
Quellenangabe:	www.zentrallabor.com

LEISTUNGSBEREICH:	
LEISTUNGSBEREICH:	Diabeteszentrum
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Stationäre Behandlungseinrichtung für Pat. mit Typ 1 u. Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG. Erfüllung der fachlichen Anforderungen gem. den Kriterien d. Deutschen Diabetesgesellschaft.
Ergebnis:	Zertifizierung 07.12.2017
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html
Quellenangabe:	https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html

LEISTUNGSBEREICH:	
LEISTUNGSBEREICH:	Gesamthaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifikat "Aktion Saubere Hände" in Silber
Ergebnis:	21.02.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich

Datenerhebung:	gem. Kriterien ASH
Rechenregeln:	gem. Kriterien ASH
Referenzbereiche:	gem. Kriterien ASH
Vergleichswerte:	https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/
Quellenangabe:	https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/
LEISTUNGSBEREICH:	Brustzentrum Ludwigshafen (Frauenklinik)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Brustzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 20.03.2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
LEISTUNGSBEREICH:	Darmzentrum Rheinpfalz (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Darmzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
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 (Hautklinik)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Hauttumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm

Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm

LEISTUNGSBEREICH:	Magenzentrum (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
--------------------------	---

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Magenzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 30.04.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de

LEISTUNGSBEREICH:	Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen (HNO-Klinik und Klinik für MKPG)
--------------------------	---

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Kopf-Hals-Tumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
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 (Medizinische Klinik A)
--------------------------	---

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Onkologische Zentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 30/31.03.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich

Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm

LEISTUNGSBEREICH:	Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz (Medizinische Klinik C und Chirurgische Klinik A)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Pankreaskarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/

LEISTUNGSBEREICH:	Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz (Urologische Klinik)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Prostatakarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 19.06.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm

LEISTUNGSBEREICH:	Chest Pain Unit (CPU, Medizinische Klinik B)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an die Chest Pain Unit nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) für Chest Pain Units
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 03.04.2018

Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://dgk.org/
Quellenangabe:	https://dgk.org/
LEISTUNGSBEREICH:	
Heart Failure Unit Zentrum (HFU, Medizinische Klinik B)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Heart Failure Unit Zentrum nach den Kriterien der Dt. Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Dt. Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)
Ergebnis:	Zertifizierung 10.02.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://dgk.org/ , https://www.dgthg.de/
Quellenangabe:	https://dgk.org/ , https://www.dgthg.de/
LEISTUNGSBEREICH:	
Gefäßzentrum (Chirurgische Klinik B)	
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 16.11.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	http://www.gefaesschirurgie.de/
Quellenangabe:	http://www.gefaesschirurgie.de/
LEISTUNGSBEREICH:	
Kontinenz- und Beckenbodenzentrum (Urologische Klinik, Frauenklinik, Chirurgische Klinik A, Medizinische Klinik C, Physiotherapie (IPRM), Neurologie, Radiologie)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 29.06.2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog

Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html
Quellenangabe:	http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html
LEISTUNGSBEREICH: Neuromuskuläres Zentrum (Klinik für Neurologie)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an ein Neuromuskuläres Zentrum nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM)
Ergebnis:	Zertifizierung im April 2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren
Quellenangabe:	https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren
LEISTUNGSBEREICH: Shunt-Referenzzentrum (Medizinische Klinik A, Chirurgische Klinik B, Radiologie)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Shunt-Referenzzentrum nach den Kriterien verschiedener Fachgesellschaften: DGA, DGfN, DeGIR, DRG u. DGG
Ergebnis:	Zertifizierung 09.10.2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/
Quellenangabe:	www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/
LEISTUNGSBEREICH: Überregionale Stroke Unit (Klinik für Neurologie)	
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 Juli 2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog

Vergleichswerte:	http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html
Quellenangabe:	http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html

LEISTUNGSBEREICH: Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Nach den Anforderungskriterien der DIN EN ISO 13485:2016
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 26.08.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Rechenregeln:	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Referenzbereiche:	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

LEISTUNGSBEREICH: Intensivstationen (Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Klinik B)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifizierung der Intensivstationen nach den Anforderungen der Pflege e.V. "Angehörige jederzeit willkommen" (ein erster Schritt zur angehörigengfreundlichen Intensivstation)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung im August 2018
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: Thoraxzentrum	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifizierung der Thoraxchirurgie nach den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
Ergebnis:	Zertifizierung 28.11.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://dgt-online.de/
Quellenangabe:	https://dgt-online.de/

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Erbrachte Menge:	18
Begründung:	
Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	28
Begründung:	
Bezeichnung:	Stammzelltransplantation
Erbrachte Menge:	16
Begründung:	MM04: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil gemäß § 136b Abs. 5 SGB V eine Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vorgelegen hat.
Erläuterungen:	Die Landesbehörde hat den Versorgungsauftrag für den Schwerpunkt "hämatopoetische Stammzelltransplantationen" dem "Gemeinsamen Stammzell-Transplantationszentrum" Rheinland-Pfalz erteilt und somit allen daran beteiligten Kliniken. Verlängert am 18.12.2018 für 01.01.2019 bis 31.12.2025

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	18
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	14
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	28
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	30
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Stammzelltransplantation
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	16
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	8
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Ja
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma
2	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen:	209
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	29
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	28

* 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).

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MB08/MI05 (Intensivbereich)
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MB08/MI05 (Intensivbereich)
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	HZ01
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	HZ01
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100

Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI01/MI02/MI03/MI04
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Intensivmedizin	
Station:	MI01/MI02/MI03/MI04
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Intensivmedizin	
Station:	MI06
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Intensivmedizin	
Station:	MI06
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Herzchirurgie	
Station:	HZ03
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Herzchirurgie	
Station:	HZ03
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Station:	MB10

Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Station:	MB10
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Station:	MB08/MI05
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Station:	MB08/MI05
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Station:	MB05
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Station:	MB05
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Station:	HZ02
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	HZ02
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	NE02
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	NE02
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	NE01
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	NE01
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	CH02
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	CH02
Schicht:	Nachtschicht

Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Neurologie Schlaganfalleinheit	
Station:	NE04
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich: Neurologie Schlaganfalleinheit	
Station:	NE04
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MB08/MI05 (Intensivbereich)
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	65,73
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MB08/MI05 (Intensivbereich)
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	65,57
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	HZ01
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	HZ01
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	98,59
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR
Schicht:	Tagschicht

Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	96,24
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI01/MI02/MI03/MI04
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	99,06
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI01/MI02/MI03/MI04
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	93,9
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI06
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI06
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	88,89
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Herzchirurgie
Station:	HZ03
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	81,67
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Herzchirurgie
Station:	HZ03
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	85
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB10
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	86,67

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB10
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	71,67
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB08/MI05
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	68,33
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB08/MI05
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB05
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	78,33
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB05
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	HZ02
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	76,67
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	HZ02
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	76,67
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	NE02
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	88,33
<hr/>	

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	NE02
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	86,67
Neurologie	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	NE01
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	70
Neurologie	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	NE01
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	71,67
Neurologie	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	CH02
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Neurologie	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	CH02
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	69,09
Neurologie Schlaganfalleinheit	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie Schlaganfalleinheit
Station:	NE04
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	71,67
Neurologie Schlaganfalleinheit	
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie Schlaganfalleinheit
Station:	NE04
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	45