



# Strukturierter Qualitätsbericht

## für das Berichtsjahr 2017

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 .....	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	14
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	16
A-8.1 Forschung und akademische Lehre .....	16
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen .....	16
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	18
A-10 Gesamtfallzahlen .....	18
A-11 Personal des Krankenhauses .....	18
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	18
A-11.2 Pflegepersonal .....	18
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	19
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal .....	19
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	21
A-12.1 Qualitätsmanagement .....	21

A-12.1.1	Verantwortliche Person .....	23
A-12.1.2	Lenkungsgremium .....	23
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	23
A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	23
A-12.2.2	Lenkungsgremium .....	24
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen .....	24
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems .....	26
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	27
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	27
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	27
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	28
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	28
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	28
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie .....	29
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	30
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	31
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	32
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	32
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	33
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	36
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen ....	38
B-[1]	Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin inkl. Endokrinologie) .....	39
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	39
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	39
B-[1].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	39
B-[1].1.3	Weitere Zugänge .....	39
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	39

B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	40
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	41
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	41
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	41
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	42
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	42
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	44
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	45
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	46
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	47
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	47
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	47
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	48
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	49
B-[2]	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin) .....	50
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	50
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	50
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	50
B-[2].1.3	Weitere Zugänge .....	50
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	50
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	51
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	52
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	53
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	53
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	54
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	54

B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	56
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	57
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	58
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	59
B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	59
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	59
B-[2].11.2	Pflegepersonal .....	60
B-[3]	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Gallenwege und Leber, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin) .....	62
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	62
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	62
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	62
B-[3].1.3	Weitere Zugänge .....	62
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	63
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	63
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	65
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	65
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	65
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	66
B-[3].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	66
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	68
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	69
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	70
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	71
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	71
B-[3].11	Personelle Ausstattung .....	71
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	71

B-[3].11.2	Pflegepersonal .....	72
B-[4]	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie) .....	74
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	74
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	74
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	74
B-[4].1.3	Weitere Zugänge .....	74
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	74
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	75
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	77
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	77
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	77
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	79
B-[4].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	79
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	80
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	82
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	82
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	83
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	84
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	84
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	84
B-[4].11.2	Pflegepersonal .....	85
B-[5]	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie) .....	87
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	87
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	87
B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	87
B-[5].1.3	Weitere Zugänge .....	87
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	87

B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	88
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	88
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	88
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	89
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	90
B-[5].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	90
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	92
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	94
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	94
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	94
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	94
B-[5].11	Personelle Ausstattung .....	95
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	95
B-[5].11.2	Pflegepersonal .....	95
B-[6]	Klinik für Herzchirurgie .....	98
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	98
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	98
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	98
B-[6].1.3	Weitere Zugänge .....	98
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	98
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	98
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	100
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	100
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	100
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	101
B-[6].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	102

B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	103
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	105
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	105
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	106
B-[6].11	Personelle Ausstattung .....	106
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	106
B-[6].11.2	Pflegepersonal .....	107
B-[7]	Urologische Klinik .....	109
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	109
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	109
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	109
B-[7].1.3	Weitere Zugänge .....	109
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	109
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	109
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	110
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	111
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	111
B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	112
B-[7].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	112
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	114
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	115
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	115
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	117
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	117
B-[7].11	Personelle Ausstattung .....	118
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	118
B-[7].11.2	Pflegepersonal .....	118



B-[8]	Frauenklinik / Geburtshilfe .....	121
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	121
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	121
B-[8].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	121
B-[8].1.3	Weitere Zugänge .....	121
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	122
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	122
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	123
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	123
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	123
B-[8].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	125
B-[8].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	125
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	127
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	128
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	129
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	131
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	131
B-[8].11	Personelle Ausstattung .....	131
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	131
B-[8].11.2	Pflegepersonal .....	132
B-[9]	Hals-Nasen-Ohren-Klinik .....	134
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	134
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	134
B-[9].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	134
B-[9].1.3	Weitere Zugänge .....	134
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	134
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	134

B-[9].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	136
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	136
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	136
B-[9].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	137
B-[9].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	137
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	139
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	140
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	140
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	142
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	143
B-[9].11	Personelle Ausstattung .....	143
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	143
B-[9].11.2	Pflegepersonal .....	144
B-[10]	Augenklinik .....	146
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	146
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	146
B-[10].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	146
B-[10].1.3	Weitere Zugänge .....	146
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	146
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	146
B-[10].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	147
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	148
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	148
B-[10].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	149
B-[10].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	149
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	150

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	152
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	152
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	154
B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	154
B-[10].11 Personelle Ausstattung .....	154
B-[10].11.1.Ärzte und Ärztinnen .....	154
B-[10].11.2.Pflegepersonal .....	155
B-[11] Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit .....	157
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	157
B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	157
B-[11].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	157
B-[11].1.3 Weitere Zugänge .....	157
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	158
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	158
B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	159
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	159
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	159
B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	160
B-[11].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	160
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	162
B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	163
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	164
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	166
B-[11].11 Personelle Ausstattung .....	166
B-[11].11.1.Ärzte und Ärztinnen .....	166
B-[11].11.2.Pflegepersonal .....	166

B-[12]	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie .....	169
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	169
B-[12].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	169
B-[12].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	169
B-[12].1.3	Weitere Zugänge .....	169
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	169
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	169
B-[12].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	170
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	170
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	170
B-[12].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	172
B-[12].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	172
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	173
B-[12].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	175
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	176
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	176
B-[12].11	Personelle Ausstattung .....	176
B-[12].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	176
B-[12].11.2	Pflegepersonal .....	177
B-[13]	Hautklinik .....	179
B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	179
B-[13].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	179
B-[13].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	179
B-[13].1.3	Weitere Zugänge .....	179
B-[13].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	179
B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	179

B-[13].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	181
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	181
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	181
B-[13].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	182
B-[13].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	182
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	184
B-[13].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	186
B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	186
B-[13].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	187
B-[13].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	187
B-[13].11	Personelle Ausstattung .....	187
B-[13].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	187
B-[13].11.2	Pflegepersonal .....	188
B-[14]	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie .....	190
B-[14].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	190
B-[14].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	190
B-[14].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	190
B-[14].1.3	Weitere Zugänge .....	190
B-[14].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	190
B-[14].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	191
B-[14].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	191
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	192
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	192
B-[14].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	193
B-[14].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	193
B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	195

B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	196
B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	197
B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	197
B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	198
B-[14].11 Personelle Ausstattung .....	198
B-[14].11.1.Ärzte und Ärztinnen .....	198
B-[14].11.2.Pflegepersonal .....	199
B-[15] Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin .....	201
B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	201
B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	201
B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	201
B-[15].1.3 Weitere Zugänge .....	201
B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	201
B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	202
B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	202
B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	202
B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	203
B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	204
B-[15].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	204
B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	205
B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	207
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	208
B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	208
B-[15].11 Personelle Ausstattung .....	208
B-[15].11.1.Ärzte und Ärztinnen .....	208
B-[15].11.2.Pflegepersonal .....	209
B-[16] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin .....	211

B-[16].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	211
B-[16].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	211
B-[16].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	211
B-[16].1.3	Weitere Zugänge .....	211
B-[16].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	211
B-[16].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	212
B-[16].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	212
B-[16].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	212
B-[16].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	212
B-[16].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	213
B-[16].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	213
B-[16].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	213
B-[16].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	213
B-[16].11	Personelle Ausstattung .....	213
B-[16].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	214
B-[16].11.2	Pflegepersonal .....	214
B-[17]	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie .....	216
B-[17].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	216
B-[17].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	216
B-[17].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	216
B-[17].1.3	Weitere Zugänge .....	216
B-[17].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	216
B-[17].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	216
B-[17].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	218
B-[17].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	218
B-[17].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	218

B-[17].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	218
B-[17].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	219
B-[17].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	219
B-[17].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	220
B-[17].11	Personelle Ausstattung .....	221
B-[17].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	221
B-[17].11.2	Pflegepersonal .....	221
B-[18]	Institut für Pathologie .....	223
B-[18].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	223
B-[18].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	223
B-[18].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	223
B-[18].1.3	Weitere Zugänge .....	223
B-[18].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	223
B-[18].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	224
B-[18].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	224
B-[18].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	224
B-[18].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	225
B-[18].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	225
B-[18].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	225
B-[18].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	225
B-[18].11	Personelle Ausstattung .....	225
B-[18].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	225
B-[18].11.2	Pflegepersonal .....	226
B-[19]	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin .....	227
B-[19].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	227
B-[19].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	227
B-[19].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	227



B-[19].1.3	Weitere Zugänge .....	227
B-[19].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	227
B-[19].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	227
B-[19].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	229
B-[19].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	229
B-[19].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	229
B-[19].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	229
B-[19].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	229
B-[19].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	230
B-[19].11	Personelle Ausstattung .....	230
B-[19].11	Ärzte und Ärztinnen .....	230
B-[19].11	Pflegepersonal .....	231
B-[20]	Apotheke .....	233
B-[20].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	233
B-[20].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	233
B-[20].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	233
B-[20].1.3	Weitere Zugänge .....	233
B-[20].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	233
B-[20].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	233
B-[20].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	235
B-[20].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	235
B-[20].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	235
B-[20].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	235
B-[20].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	235
B-[20].11	Personelle Ausstattung .....	235
C	Qualitätssicherung .....	237

C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	237
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	237
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL .....	238
C-1.2.A	Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden .....	238
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	314
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	314
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	315
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	323
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	323
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	323

## Einleitung

### 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 Homepage des Krankenhauses:	<a href="http://www.klilu.de">http://www.klilu.de</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	<a href="https://www.klilu.de/content/aktuelles_termine/downloads/qualitaetsbericht/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/aktuelles_termine/downloads/qualitaetsbericht/index_ger.html</a>

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

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSL	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin inkl. Endokrinologie)
2	Hauptabteilung	0300	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)
3	Hauptabteilung	0700	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Gallenwege und Leber, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)
4	Hauptabteilung	1500	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie)
5	Hauptabteilung	1800	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)
6	Hauptabteilung	2100	Klinik für Herzchirurgie
7	Hauptabteilung	2200	Urologische Klinik
8	Hauptabteilung	2400	Frauenklinik / Geburtshilfe
9	Hauptabteilung	2600	Hals-Nasen-Ohren-Klinik
10	Hauptabteilung	2700	Augenklinik
11	Hauptabteilung	2800	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit
12	Hauptabteilung	3300	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie
13	Hauptabteilung	3400	Hautklinik
14	Hauptabteilung	3500	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
15	Hauptabteilung	3618	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
16	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin
17	Nicht-Bettenführend	3751	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
IK-Nummer:	260730116
Standort-Nummer:	00
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.klilu.de">http://www.klilu.de</a>

### 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

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

Leitung:	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 Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

2 Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale  
Versorgungsverpflichtung?

Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	<p>Akupunktur</p> <p><i>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>Das Einhalten nationaler Expertenstandards u. das Einbeziehen verschiedener Pflegekonzepte (z. B. Basale Stimulation®) wird für Pflegekräfte im Alltag spürbar. Beratend u. begleitend stehen Pflegeexperten, Praxisbegleiter für Basale Stimulation® in der Pflege sowie Kinästhetik-Trainer zur Verfügung.</i></p>
6	<p>Berufsberatung/Rehabilitationsberatung</p> <p><i>siehe Sozialdienst</i></p>
7	<p>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 (z.B. Fitter Rücken - starker Beckenboden für Pat. mit Rückenbeschwerden)</i></p>
8	<p>Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet unter ärztlicher Leitung allen Fachabteilungen die Bobath-Therapie an. Pflegerische Mitarbeiter in der Neurologie verfügen über eine Fortbildung im Bobath-Konzept.</i></p>
9	<p>Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Die Diätassistenten der Küche führen regelmäßig Diät- und Ernährungsberatungen bei Patienten durch.</i></p>
10	<p>Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege</p> <p><i>Der gesetzliche Anspruch auf Unterstützung beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung ist umgesetzt. Multiprofessionelle Teams aus allen Berufsgruppen, die beim Patienten benötigt werden, stellen bereits in der Klinik fest, ob u. welche Unterstützung nach dem Aufenthalt nötig ist.</i></p>
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>



## MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

12	Ergotherapie/Arbeitstherapie	<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>
13	Fußreflexzonenmassage	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Fußreflexzonenmassage an.</i>
14	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	<i>Die Geburtshilfe bietet Geburtsvorbereitungskurse (Frauen/Paare) in verschiedenen Sprachen an (deutsch, türkisch, englisch, griechisch, bulgarisch, persisch, russisch und französisch). Weiterhin werden Kurse zur Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik angeboten.</i>
15	Kinästhetik	<i>Jeder Bereich verfügt im Pflege- und Funktionsdienst über einen Ansprechpartner für Kinästhetik, der mindestens über einen anerkannten Grundkurs "Kinästhetik in der Pflege" verfügt.</i>
16	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	<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>
17	Manuelle Lymphdrainage	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit der Manuellen Lymphdrainage an.</i>
18	Massage	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen verschiedene Massagen an (Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Segmentmassage).</i>
19	Medizinische Fußpflege	<i>Für Patienten besteht die Möglichkeit eine medizinische Fußpflege zu bestellen (bei Bedarf über das Pflegepersonal ihrer Station).</i>
20	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Chirodiagnostik, Chirotherapie und manuelle Therapie an.</i>
21	Physikalische Therapie/Bädertherapie	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Physikalische Therapie (z.B. Hydrotherapie "Heiße Rolle", Ultraschalltherapie und Elektrotherapie) an.</i>
22	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	<i>Das Institut für Physikalische u. Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen diverse Behandlungsmöglichkeiten an (Krankengymnast. Einzel- u. Gruppenbehandlungen, gerätegestützte Krankengymnastik, KG auf neurophysiologischer Basis, Therapeutisches Klettern, Behandlung im Schlingenkäfig).</i>
23	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	<i>Um Pflegekomplikationen (z.B. Dekubitus, Sturz, Pneumonie, Thrombose) gezielt vorbeugen zu können, werden im Aufnahmegespräch spezielle Risikoassessments erhoben und erforderliche Maßnahmen geplant, die den Patienten wirksam vor vermeidbaren Komplikationen schützen.</i>
24	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	

## MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

*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.*

25	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet im Rahmen der ambulanten Gruppentherapie die Kurse Wirbelsäulengymnastik sowie "fitter Rücken und starker Beckenboden" an.</i>
26	Säuglingspflegekurse
	<i>Die Geburtshilfe bietet jeden 2. und 4. Dienstag im Monat Säuglingspflegekurse an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i>
27	Schmerztherapie/-management
	<i>Allen Fachabteilungen steht konsiliarisch der Schmerzdienst der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin zur Verfügung. Der entsprechende Expertenstandard ist im Klinikum Ludwigshafen etabliert.</i>
28	Sehschule/Orthoptik
	<i>Die Augenklinik bietet in ihrer integrierten Sehschule die Untersuchung von Augenbewegungsstörungen (z.B. Schielen und Augenzittern), Sehschwächen und aller damit zusammenhängenden Krankheitsbilder an.</i>
29	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
	<i>Die Neurologie bietet Angehörigenseminare zum Umgang mit Demenzkranken an. Die Tumorzentren und Zentren bieten regelmäßig Seminare und Vorträge an, z.B. Kosmetikseminare für Krebspatientinnen über das Brustzentrum.</i>
30	Spezielle Entspannungstherapie
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet z.B. die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Meditation, Qi Gong, Yoga und Feldenkrais an.</i>
31	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen
	<i>Die Geburtshilfe bietet Hebammensprechstd., verschied. Geburtsmöglichk., Vorbereitungskurse für Frauen/Paare einschl. SA-Kurse, Rückbildungsgymnastik, Yoga in der Schwangerschaft, Akupunktur zur Geburtsvorbereitung an. Schmerzlinderung u. a. als therapeut. Intervention kann durchgeführt werden.</i>
32	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
	<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>
33	Stillberatung
	<i>Die Geburtshilfe bietet, zusätzlich zur Beratung im Wochenbett, jeden 2. und 4. Dienstag im Monat eine Stillgruppe mit Laktationsberatung an. Auf Station gibt es ein liebevoll eingerichtetes Stillcafe. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i>
34	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
	<i>Die Phoniatrie / Pädaudiologie bietet u.a. die Untersuchung und Behandlung von Störungen der Stimme, der Sprache, des Sprechens sowie des Schluckens bei Erwachsenen und Kindern an.</i>
35	Stomatherapie/-beratung
	<i>Für die Stomaberatung besteht ein Kooperationsvertrag mit der Firma PubliCare. Diese übernehmen die Erstversorgung und Beratung der Patienten. Für weitere Fragen stehen fortgebildete Pflegemitarbeiter zur Verfügung.</i>

## MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

36	<p>Wärme- und Kälteanwendungen</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet verschiedene Wärme-/ Kältetherapien an.</i></p>
37	<p>Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik</p> <p><i>Die Wochenbettgymnastik findet im Rahmen der physiotherapeutischen Versorgung nach der Entbindung statt. Die Geburtshilfe bietet mittwochs Kurse zur Rückbildungsgymnastik an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i></p>
38	<p>Wundmanagement</p> <p><i>Im Sinne einer optimierten Behandlung chronischer Wunden liegt eine schriftliche Empfehlung der multiprofessionell besetzten AG Wundheilung vor. In dieser ist geregelt, welche Reinigungsmaßnahmen und Wundaufgaben bei verschiedenen Indikationen zum Einsatz kommen sollen.</i></p>
39	<p>Biofeedback-Therapie</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Möglichkeiten der Biofeedback-Therapie an.</i></p>
40	<p>Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis nach PNF an.</i></p>
41	<p>Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen</p> <p><i>Die Kliniken, Tumorzentren und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit diversen Selbsthilfegruppen (u. a. Frauenselbsthilfe nach Krebs, Deutsche ILCO e.V. etc.) zusammen.</i></p>
42	<p>Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden</p> <p><i>Die Ethikkommission hat zum Ziel den ethischen Diskurs zu fördern. Die vorliegenden ethischen Leitlinien im Umgang mit Sterbenden sollen den handelnden Personen eine Orientierung geben, um Alltagssituationen und soziale Umgangsformen abzugleichen und ggf. notwendige Optimierungsprozesse einzuleiten.</i></p>
43	<p>Audiometrie/Hördiagnostik</p> <p><i>Die Hals-Nasen-Ohren-Klinik bietet sämtliche Verfahren der Hördiagnostik inklusive Hirnstammaudiometrie (BERA) und Nachweise otoakustischer Emissionen (OAE) an</i></p>
44	<p>Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining</p> <p><i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit des Hirnleistungstrainings an.</i></p>
45	<p>Snoezelen</p> <p><i>Im angegliederten Pflegeheim des Klinikums wird eine spezielle gerontopsychiatrische Betreuung für Demenzerkrankte ergänzt durch Snoezelen angeboten.</i></p>
46	<p>Sozialdienst</p> <p><i>Das Aufgabengebiet des Sozialdienstes im Klinikum beinhaltet die Beratung und Organisation der poststationären Versorgung, insbesondere der medizinischen Rehabilitation.</i></p>
47	<p>Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p> <p><i>Es werden regelmäßig Info-/ Patiententage für die breite Öffentlichkeit angeboten, z.B. in den verschiedenen Tumorzentren, im Kontinenzzentrum, im Gefäßzentrum. Außerdem finden Info-Tage zum Thema Schlaganfall statt. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Veranstaltungen/Presse.</i></p>
48	<p>Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien</p>

## MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

*Die Geburtshilfe bietet u.a. Neugeborenenenscreening inkl. Hörscreening an. Es erfolgen Kreißsaalführungen in 8 Sprachen, sowie 2x monatliche Führungen durch Hebamme und Sektionsleitung und individuelle Führungen nach vorheriger Vereinbarung. Des Weiteren gibt es das Angebot der Babymassage.*

### 49 Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen

*Die NE bietet eine spez. Diagnostik für Pat. mit neuromuskulären Erkrank. an. Mit den Spezialsprechst. "Multiple Sklerose & andere entzündl. Erkrank.", Botox-Therapie, elektromyografische, elektroneurografische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien bestehen Angebote.*

### 50 Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege

*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.*

## 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><a href="https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf">https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</a></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><a href="https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf">https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</a></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><a href="https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf">https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</a></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><a href="https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf">https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</a></p>
5	<p>Fernsehgerät am Bett/im Zimmer</p> <p><i>Kosten pro Tag: 0 €</i></p> <p><i>Alle Zimmer sind mit einem gebührenfrei zu nutzenden Fernseher mit rund 30 Programmen ausgestattet. Auf Programmplatz 6 läuft der Klinik-Info-Kanal (KiK). Dieser sendet täglich ein Programm, das Unterhaltung, Informatives zu Gesundheit und Bildung bietet.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21886/e33096/180620_Flyer_InfoprPat.stationr_ger.pdf">https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21886/e33096/180620_Flyer_InfoprPat.stationr_ger.pdf</a></p>
6	<p>Telefon am Bett</p> <p><i>Kosten pro Tag: 1 €</i>  <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,2 €</i>  <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i></p> <p><i>Alle Zimmer sind mit einer gebührenpflichtigen Telefonanlage ausgestattet. Die Grundgebühr beträgt 1 € pro Tag, die Einheit 0,20 €. Privatpatienten zahlen keine Grundgebühr. Im Verkehrsgelenk (Haus B) befinden sich weitere Telefonzellen zur gebührenpflichtigen Nutzung.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</a></p>
7	<p>Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer</p> <p><i>Vereinzelte Zimmer verfügen über ein verschließbares Wertfach. Größere Geldbeträge können auch über die Finanzabteilung in einem nahe gelegenen Geldinstitut deponiert werden.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</a></p>
8	<p>Internetanschluss am Bett/im Zimmer</p> <p><i>Kosten pro Tag: 5 €</i></p> <p><i>Auf Wunsch besteht für alle Patienten die Möglichkeit einen UMTS-Stick gegen Gebühr zu leihen (Kautions 35 €, Mindestmietdauer 5 Tage). Wahlleistungspatienten steht dieser während des Aufenthaltes zur unentgeltlichen Nutzung zur Verfügung.</i></p>

LEISTUNGSANGEBOT	
	<a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</a>
9	<p>Hotelleistungen</p> <p><i>Wahlleistungspatienten erhalten eine kleine Auswahl an Körperpflegeartikeln (Seife, Körperlotion etc.), leihweise einen Bademantel, Hand- und Badetücher sowie einen Haartrockner.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf">https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</a></p>
10	<p>Rooming-in</p> <p><i>Es wird ein fast ausnahmsloses Rooming-In in Anspruch genommen, d.h. Neugeborene können Tag und Nacht bei ihren Müttern im Zimmer bleiben. Ein Familienzimmer steht zur Verfügung. Es besteht die Möglichkeit Geschwisterkinder mit der Mutter aufzunehmen.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geburtshilfe/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geburtshilfe/index_ger.html</a></p>
11	<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 zu unseren Cafeteriapreisen.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</a></p>
12	<p>Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen</p> <p><i>Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 10 €</i></p> <p><i>Im Parkhaus können Patienten und Besucher in direkter Kliniknähe parken (erste ½ Std. frei, nächste Std. 2€, jede weitere Std. 1€, max. 10€/Tag). Für wird. Eltern gibt es einen Storchenparkplatz gegenüber dem Haupteingang. Für Pat. d. Physioth. gibt es zwei Behindertenparkplätze vor dem Eingang.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21884/e21897/inhalt21955/inhalt32751/Tarif_04_04_2014_ger.pdf">https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21884/e21897/inhalt21955/inhalt32751/Tarif_04_04_2014_ger.pdf</a></p>
13	<p>Geldautomat</p> <p><i>Ein Geldautomat steht allen Patienten und Angehörigen im Erdgeschoss des Hauses A in der Nähe der Cafeteria zur Verfügung.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</a></p>
14	<p>Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p> <p><i>Der Lotsendienst der "Grünen Damen und Herren" im Eingangsbereich des Klinikums begleitet auf Wunsch neu einbestellte Patienten zu ihren Stationen bzw. Therapiezentren und bietet Orientierungshilfe.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/gruene_damen_und_herren/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/gruene_damen_und_herren/index_ger.html</a></p>
15	<p>Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum</p> <p><i>In den Fluren des Hauses laden unterschiedlich gestaltete Sitzecken zum Ausruhen ein. Zudem stehen auf einigen Stationen separate Besucherzimmer zur Verfügung.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</a></p>
16	<p>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)</p> <p><i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Vollkost, Schonkost, Vegetarisch etc.</i></p>

## LEISTUNGSANGEBOT

Unter Berücksichtigung der medizinischen und pflegerischen Betreuung stehen dem Patienten verschiedene Menüs zur Auswahl. Speziell ausgebildete Menüfasserinnen erfragen die individuellen Essenswünsche. Darüber hinaus steht eine Diätabteilung zur Beratung zur Verfügung.

[https://www.klilu.de/content/patienten\\_besucher/ihr\\_aufenthalt/klilu\\_von\\_a\\_bis\\_z/index\\_ger.html](https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html)

### 17 Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

Die Kliniken und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit unterschiedlichen Selbsthilfegruppen zusammen (z. B. Prostatakrebs Rhein-Neckar e. V., Adipositas Ludwigshafen etc.). Informationen erhalten Sie auf Anfrage direkt bei der Klinik.

[https://www.klilu.de/content/patienten\\_besucher/ihr\\_aufenthalt/klilu\\_von\\_a\\_bis\\_z/index\\_ger.html](https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html)

### 18 Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen

Das Klinikum Ludwigshafen bietet häufig Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen für Patienten und Interessierte an (u.a. Onkologisches Forum durch die Onkofachkräfte). Diese Veranstaltungen werden über öffentliche Medien und Aushänge bekanntgegeben.

[https://www.klilu.de/content/aktuelles\\_termine/termine\\_veranstaltungen/index\\_ger.html](https://www.klilu.de/content/aktuelles_termine/termine_veranstaltungen/index_ger.html)

### 19 Seelsorge

Die katholische u. evangelische Seelsorge bietet Patienten und Angehörigen Begleitung und Unterstützung bei schwierigen Fragen oder Sorgen an. Weiterhin gibt es die islamische Seelsorge sowie zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen und Männern. Diese befinden sich in der Bremserstraße 88.

[https://www.klilu.de/content/patienten\\_besucher/ihr\\_aufenthalt/beratung\\_unterstuetzung/seelsorge/index\\_ger.html](https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html)

### 20 Abschiedsraum

Die Abschiedsräume (Herzzentrum und Haus A/B) sollen Angehörigen ermöglichen, diese traurigen Aspekte in einem würdigen Rahmen zu erleben, in einer geschützten Atmosphäre von ihren Verstorbenen Abschied zu nehmen, der eigenen Trauer und dem Schmerz angemessen Raum und Zeit zu geben.

[https://www.klilu.de/content/patienten\\_besucher/ihr\\_aufenthalt/beratung\\_unterstuetzung/seelsorge/index\\_ger.html](https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html)

### 21 Andachtsraum

Im Klinikum Ludwigshafen gibt es eine Klinikkapelle sowie in der Bremserstr. 88 zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen und Männern.

[https://www.klilu.de/content/patienten\\_besucher/ihr\\_aufenthalt/beratung\\_unterstuetzung/seelsorge/index\\_ger.html](https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html)

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	<p>Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung</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>Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung</p> <p><i>Die Schilder des Wegeleitsystems sind in gut lesbarer und kontrastreicher Beschriftung überwiegend in Augenhöhe angebracht.</i></p>
3	<p>Blindenleitsystem bzw. 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.</i></p>
4	<p>Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über eine ausreichende Anzahl von Zimmern mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche.</i></p>
5	<p>Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über eine ausreichende Anzahl von Zimmern mit rollstuhlgerechter Toilette.</i></p>
6	<p>Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen</p> <p><i>Die Stationen/Therapiezentren des Klinikums Ludwigshafen können über rollstuhlgerechte Aufzüge sowie spezielle Rampen erreicht werden.</i></p>
7	<p>Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über gut ausgestattete Aufzüge, welche von Patienten mit Rollstuhl genutzt werden können. Selbständige Zugänglichkeit ist möglich.</i></p>
8	<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. Selbständige Zugänglichkeit ist möglich.</i></p>
9	<p>Besondere personelle Unterstützung</p> <p><i>Auf Wunsch begleiten ehrenamtlich tätige "Grüne Damen" mobilitätseingeschränkte Patienten zu ihren Stationen/Therapiezentren.</i></p>
10	<p>Arbeit mit Piktogrammen</p> <p><i>Im Klinikum Ludwigshafen finden sich verschiedene Piktogramme (vom Notausgang über Rettungszeichen bis hin zur Händehygiene).</i></p>
11	<p>Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</p> <p><i>Die Regelungen zum Umgang mit Pat. mit kognitiven Einschränkungen/Demenz sind in einer VA zusammengefasst. Pat.begleiter können zur Beschäftigung u. Erhebung biografischer Daten hinzugerufen werden. 7 Pflegeexpertinnen für Demenz u. kogn. Einschränkungen bereits ausgebildet, 1 Weitere in Ausbildung.</i></p>
12	<p>geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)</p>



## ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

*Dem Klinikum Ludwigshafen stehen elektrisch verstellbare Betten zur Verfügung, die bereits für ein hohes Gewicht ausgelegt sind. Bei Bedarf können besonders belastbare Betten, spezielle Matratzen bzw. druckentlastende Prophylaxematratzen für schwergewichtige Patienten bestellt werden.*

- |    |  |
|----|--|
| 13 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische   |
|    | <i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen verstellbare OP-Tische für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.</i>   |
| 14 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße   |
|    | <i>Röntgeneinrichtungen für Patientinnen mit besonderem Übergewicht werden vorgehalten.</i>  |
| 15 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten   |
|    | <i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen u.a. Körperwaagen für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.</i>  |
| 16 | Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter   |
|    | <i>Für Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße stehen dem Pflegepersonal verschiedene Hilfsgeräte, wie z.B. Schwerlastrollstühle, 2 Patientenlifter, Schwerlasthocker und Rollstühle mit Überbreite, zur Verfügung.</i>   |
| 17 | Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus   |
|    | <i>Verschiedene Informationsmaterialien und Flyer stehen in mehreren Sprachen zur Verfügung.</i>   |
| 18 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe   |
|    | <i>Im Klinikum sind verschiedene Hilfsmittel für Patienten mit besonderem Übergewicht vorhanden.</i>   |
| 19 | Diätetische Angebote   |
|    | <i>PatientInnen mit tumorbedingten Ernährungsstörungen, aber auch mit bereits vorbestehende Ernährungsstörungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen und Übergewicht werden durch geschulte Diätassistentinnen beraten.</i>  |
| 20 | Dolmetscherdienst  |
|    | <i>Durch gezielte Personalschulung im Bereich der interkulturellen Kompetenzen, durch einen hausinternen Dolmetscherdienst und durch umfassende Übersetzungshilfen im hauseigenen Intranet, hält das Klinikum Instrumente vor, die eine moderne Versorgung aller Bevölkerungsgruppen ermöglichen.</i>              |
| 21 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal  |
|    | <i>Für eine med. Behandlung ohne Sprachbarriere steht ein interner Dolmetscherdienst, bestehend aus Mitarbeitern mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen zur Verfügung. In der Geburtshilfe werden u.a. Sprechstunden in französischer, russischer, persischer und englischer Sprache angeboten.</i> |
| 22 | Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden   |
|    | <i>Unsere Klinikkapelle befindet sich im Haus B, 5. OG. Hier können Sie sonntags ab 09.00 Uhr den katholischen und ab 10.00 Uhr den evangelischen Gottesdienst besuchen. Zudem gibt es zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen und Männern. Die Gebetsräume befinden sich in der Bremserstraße 88.</i>  |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	<p>Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten</p> <p><i>Die Chefärzte des Klinikums Ludwigshafen beteiligen sich als Lehrbeauftragte an der praktischen Ausbildung der Medizinstudierenden der Universität Mainz und Heidelberg (Fakultät Mannheim). Die Chefärzte kommen ihrem Lehrauftrag an Universitäten nach, an denen sie ihre Professur erhalten haben.</i></p>
2	<p>Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen</p> <p><i>Lehrbeauftragte an der Hochschule Ludwigshafen im Studiengang "Gesundheitsökonomie im Praxisverbund" sowie Lehrtätigkeiten an den hauseigenen Schulen (Krankenpflegeschule, MTA-Schule, OTA-Schule).</i></p>
3	<p>Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen ist akad. Lehrkrankenhaus und kann 29 Studierende der Uni Mainz und 17 Studierende der med. Fakultät Mannheim je Praktisches Jahr ausbilden. Neben den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin und amb. Medizin (nur Mannheim) werden verschiedene Wahlpflichtfächer angeboten.</i></p>
4	<p>Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten</p> <p><i>Zwischen dem Klinikum Ludwigshafen und den Hochschulen bzw. Universitäten finden zu den verschiedensten Themen projektbezogene Zusammenarbeiten statt.</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 verschiedensten Fachkliniken 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 allg. Fachhochschulreife, die als Zugangsberechtigung für Studiengänge an Fachhochschulen in RLP gilt, erlangt. Je vier Azubis pro Jahr nehmen in Kooperation mit der Hochschule Ludwigshafen am dualen Bachelor-Studiengang Pflege (Bachelor of Arts) teil.</i></p>
2	<p>Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)</p> <p><i>Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule und führt zum Beruf des Medizinisch-Technischen Assistenten - Fachrichtung Radiologie. In dieser Fachrichtung gibt es vier Hauptfächer (Radiologische Diagnostik, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Strahlenphysik, Dosimetrie u. Strahlenschutz).</i></p>
3	<p>Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)</p> <p><i>Die Ausbildung erfolgt an der eigenen OTA-Schule mit der Qualifizierung für ein attraktives Berufsfeld im pflegerischen Bereich einer Klinik. Die OTA-Schule ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft anerkannt und bildet auch Azubis umliegender kooperierender Krankenhäuser aus.</i></p>
4	<p>Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)</p> <p><i>Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule mit 4 Hauptfächern (Klinische Chemie, Mikrobiologie, Hämatologie, Histologie). Seit 2015 nehmen max. 10 Azubis pro Jahr in Koop. mit Hochschule Kaiserslautern, Campus Zweibrücken, am dualen Bachelor-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 klinische-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 von verschiedenen 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 im Klinikum Ludwigshafen erfolgt in der Hautklinik.</i></p>
8	<p>Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen ist Kooperationspartner von verschiedenen externen Schulen, die die Ausbildung zum Notfallsanitäter/ zur Notfallsanitäterin anbieten. Im Klinikum Ludwigshafen erfolgen verschiedene praktische Einsätze der Schüler.</i></p>

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 963

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	39912
Teilstationäre Fallzahl:	1307
Ambulante Fallzahl:	97495

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40				
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	343,16	341,98	1,18	45,29	297,87
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	185,20	184,02	1,18	24,28	160,92

#### 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	620,38 42,01 <sup>1)</sup>	620,38 42,01	0,00 0,00	24,74 0,00	595,64 42,01
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,45	8,45	0,00	0,00	8,45
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,51 0,00	8,51 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	8,51 0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	13,28	13,28	0,00	0,00	13,28

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	7,64	7,64	0,00	0,00	7,64
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,63 0,00	6,63 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	6,63 0,00
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,07 0,00	11,07 0,00	0,00 0,00	1,46 0,00	9,61 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	88,50	88,50	0,00	14,42	74,08

**Abkürzungen:**

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

<sup>1)</sup> Hauptnachtwachen: 12,23 VK / Kodierfachkräfte: 6,6 VK / Prozessmanager: 16,03 VK /  
Krankentransportdienst: 0,74 VK / Pflegedienstleitung: 2,05 VK / Sozialdienst: 0,5 VK / Zentrale  
Patientenaufnahme: 3,87 VK

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

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.
Diätassistent und Diätassistentin	1,24	1,24	0,00	0,00	1,24
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	3,00	3,00	0,00	0,30	2,70
Erzieher und Erzieherin	9,50	9,50	0,00	9,50	0,00
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	4,71	4,71	0,00	1,46	3,25
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	2,60	2,60	0,00	1,00	1,60
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch- technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	73,51 <sup>1)</sup>	73,51	0,00	0,00	73,51

Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	29,61 <sup>2)</sup>	29,61	0,00	0,00	29,61
Orthoptist und Orthoptistin/ Augenoptiker und Augenoptikerin	0,92	0,92	0,00	0,00	0,92
Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	15,91	15,91	0,00	0,00	15,91
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	26,12	26,12	0,00	2,50	23,62
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	3,78	3,78	0,00	0,00	3,78
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,11	2,11	0,00	0,00	2,11
Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	2,80	2,80	0,00	0,00	2,80
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	2,08	2,08	0,00	0,00	2,08
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	23,58	23,58	0,00	1,50	22,08
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	8,00	8,00	0,00	1,00	7,00
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	3,43	3,43	0,00	0,00	3,43
Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	192,96	192,96	0,00	0,00	192,96
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	298,92	298,92	0,00	0,00	298,92

**Abkürzungen:**

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

<sup>1)</sup> IHT: 18,47 VK / KLC / MIK: 34,28 VK / Pathologie: 7,87 VK / Sonstige: 12,9 VK

<sup>2)</sup> ZIR/ANG/PET: 22,49 VK / Strahlenklinik: 7,13 / Sonstige: 0,32 VK

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

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

Das Qualitätsmanagement (QM) ist direkt der Geschäftsführung zugeordnet, sodass Prozesse und Projekte zentral initiiert, geleitet und koordiniert werden können. Durch interne Audits, Prozessoptimierungen in Arbeitsgruppen, Datenanalysen und Anwendung weiterer QM-Werkzeuge ist ein kontinuierlicher Prozess zur Sicherung des Qualitäts-Systems gewährleistet.

Eine Verzahnung aller Beteiligten ist Grundlage der Arbeit der Stabsstelle, denn ein hohes Maß an Qualität im Behandlungsablauf und der Versorgung der Patienten kann nur gemeinsam im Team gelingen. Um die Qualitätsthemen bestmöglich in allen Bereichen und auf den Stationen zu platzieren, gibt es im 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, Neuerungen, Änderungen sowie wichtige Themen über den neu eingeführten Änderungsdienst in die Klinik kommuniziert. Deshalb ist der Ansatz "aus der Praxis - für die Praxis" die Basis eines gelebten Qualitätsmanagements, die durch offene Kommunikationsstrukturen, kurze Wege und einem aktiven Austausch miteinander geprägt ist.

In Anlehnung an das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) arbeiten wir nach deren Empfehlungen und möchten Ihnen Beispiele aufzeigen, die für die Gewährleistung der Patientensicherheit und die Umsetzung des Risikomanagements im Klinikum eingeführt und umgesetzt sind:

#### **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 können passieren und umso wichtiger ist es, diese künftig zu vermeiden. Das KliLu hat deshalb ein Frühwarnsystem (CIRS) etabliert, in welchem die Mitarbeiter Fehlerquellen melden können, sodass Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit abgeleitet und umgesetzt werden können.

Das System bietet die Möglichkeit, gemeinsam aus Fehlern zu lernen, um sicher zu stellen, dass sich ein Vorkommnis nicht wiederholt.

Besteht bspw. eine Gefahr der Verwechslung von gleich aussehenden Medikamentenschachteln, prüfen wir mit unserer Apotheke, ob ein Präparat auf einen anderen Hersteller umgestellt werden kann, um das Verwechslungsrisiko auszuschließen.

## Kontaktstelle für Patientenanliegen (KfP)

### "Schön, dass Sie sich beschweren"

Die Zufriedenheit unserer Patienten liegt uns am Herzen und ist für uns ein wichtiges Kriterium in der Patientenbehandlung. Durch die Kontaktstelle für Patientenanliegen ist ein proaktiver Ansatz sichergestellt, bei dem die Patienten während ihres Aufenthaltes die Möglichkeit haben sich aktiv zu den verschiedenen Leistungsbereichen zu melden. Über sogenannte Interviews, die vor Ort bei den Patienten stattfinden, können direkt Eindrücke und Erfahrungen zurück gemeldet werden, aus denen zeitnah Maßnahmen abgeleitet werden.

## Interne Audits

- "Miteinander offen im Austausch sein"
- In geplanten Abständen werden interne Audits in den Kliniken, Instituten und Bereichen durchgeführt, in denen das QM-System des Klinikums systematisch bewertet und je nach Umsetzungsstand Maßnahmen und Verbesserungen eingeleitet werden.
- Innerhalb des Audits werden Prozesse, Anforderungen, Richtlinien und definierte Ziele hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Dabei wird ermittelt, ob der geforderte Soll-Zustand mit dem Ist-Zustand übereinstimmt. Die Begehungen werden von den Mitarbeiter/innen der Stabsstelle Qualitätsmanagement durchgeführt.

## Patientenbefragung

### Weil Ihre Meinung zählt...

Im Klinikum Ludwigshafen haben sowohl die ambulanten als auch stationären Patienten die Möglichkeit an einer kontinuierlichen Patientenbefragung teilzunehmen. Außerdem erfolgen kontinuierlich interne Patientenbefragungen (z.B. i. d. Organzentren). Weitere Rückmeldungen können über den Online-Fragebogen abgegeben werden. Die Leiterin der KfP führt regelmäßig Patientengespräche während des stationären Aufenthaltes durch, in denen die Patienten zu ihren Eindrücken befragt werden und die Möglichkeit haben, Verbesserungspotentiale und Anregungen an uns zurück zu melden.

## 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 direkt an der Patientenbehandlung beteiligt sind (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.

## 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 (bspw. Unfall) 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.

### Patientensicherheit bei Operationen und invasiven Eingriffen

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 zu Komplikationen führen könnten oder Allergien/Unverträglichkeiten seitens des Patienten, werden in diesem Moment nochmals thematisiert.

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Name/Funktion:	Interimslösung: Hans-Friedrich Günther (GF) Seit 01.04.2017 Frau Antonie Ege, Leitung Stabsstelle QM
Telefon:	0621 503 2021
Fax:	0621 503 2139
E-Mail:	qm@kllu.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 des Klinikums (QM-AG) bestehend aus: Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Geschäftsführerin Wirtschaftsgesellschaft, Krankenhaushygiene, Geschäftsbereichsleiter GBI, Stabsstelle Qualitätsmanagement und bei Bedarf werden Verantwortliche aus den Bereichen eingeladen
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

#### **A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

## A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

## A-12.2.2 Lenkungsremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: - Klinisches Risikomanagement- Patientensicherheit- CIRS Letzte Aktualisierung: 01.02.2017</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizinisches Notfallmanagement (Regelungen u.a. zu: Umgang mit Notfällen, Reanimation, Reanimationsteam/Meldesystem, Ablaufschema ALS, Notfallkoffer, Dokumentation, Schulungen, Kinderreanimation, Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplan) Letzte Aktualisierung: 17.08.2017</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Nat. Expertenstandard Schmerzmanagement in der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit bei akuten u. chronischen Schmerzen Letzte Aktualisierung: 01.03.2018</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Expertenstandard Sturzprophylaxe (Regelungen zu: Meldung von Stürzen, Sturzraten, Arzneimittelrisiko Sturz, Unterweisung nach Arbeitsschutzgesetz, Grundsicherung zur Prävention, Checkliste Sturzunfälle, Aufgabenbeschreibung Sturzprophylaxe) Letzte Aktualisierung: 27.02.2018</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (Regelungen zu: Aufgabenbeschreibung Dekubitus, Dekubitusprophylaxe in den einzelnen Kliniken/OP's, Risikoassessment, Pflegeplanung, Hautkontrollen, Evaluation Assessment, Information und Beratung, Sonderfälle) Letzte Aktualisierung: 01.09.2017</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
8	<p>Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen (Regelungen zu: Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, Fixierungssystemen, Fixierungs-/ Sicherheitsprotokoll, Aufbereitung von Fixierungssystemen, Schulungen, gesetzliche Regelungen, Rechtfertigungsgründe, Rechtsfolgen, Risiken und Schäden)</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 07.02.2018</i></p>
9	<p>Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung MPG (Regelungen zu: Meldung an BfArM, VA Genehmigung zum Betrieb eines Leih-/Testgerätes, Meldung pitFM, Bestellung Gerätebeauftragte)</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 01.07.2015</i></p>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	<p>Standards zur sicheren Medikamentenvergabe</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit Arzneimitteln (Regel.: Medikamentengabe-Station, Doku, Medikamentensicherheit, Arzneimittelrisiko Sturz, S3-Leitl.-Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung/Umgang Antibiotika[Steuerungsg.], Begehung, VA BTM, VA Zytostatika/CMR, Unterw. Zytostatika, AiD Klinik, Therapieempfehlung, News!)</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 01.02.2015</i></p>
12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
14	<p>Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Transferchecklisten (Regelungen u.a. zu Team-Time-Out, CL Patientenvorbereitung auf Station, VA zur prä-/intra-/ postoperativen Zählkontrolle der verwendeten OP-Materialien, Prozessbeschreibung stationäre OP, Theapieschema zum Umgang mit Nachblutungen, OP-Statut, DA Transfusionsmedizin)</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 15.08.2018</i></p>
15	<p>Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Checkliste Patientenvorbereitung auf Station (Regelungen zu: Multiprofessionellen Behandlungspfaden der einzelnen Kliniken, Präoperative Aufnahme und Diagnostik, OP-Transfercheckliste, Checkliste Patientenvorbereitung auf Station)</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 02.10.2017</i></p>
16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
17	<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)</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 15.04.2016</i></p>
18	Entlassungsmanagement

## INSTRUMENT BZW. MAßNAHME

Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Entlassmanagement m. Entlassplan, Protokoll Multiprofessionelles Team (Patienteninformation, Patientenanamnese, Entlassplanung, Entlassteams, Software Cerner, Entlassbrief, Entlassmedikation, Bundesmedikationsplan, VA Entlassmanagement, pflegerisches Entlassgespräch, Entlassung auf eig. Wunsch)  
Letzte Aktualisierung: 07.05.2018

### 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: 01.10.2018</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: monatlich</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 ist das Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH an das einrichtungsübergreifende CIRS HealthCare angeschlossen. Eine Konformitätserklärung liegt vor und der erste Fall wurde sowohl gemeldet als auch von InPass beurteilt.

#### Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Ja

#### Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	CIRS Health Care

#### Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	2 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	35 <sup>2)</sup>
Hygienefachkräfte (HFK)	5 <sup>3)</sup>
Hygienebeauftragte in der Pflege	90 <sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> Dr. Sebastian Kevekordes, Dr. Ulrich Burkhardt

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> Zusätzlich befanden sich in 2017 zwei Hygienefachkräfte in Ausbildung.

<sup>4)</sup> Für jede Station / jeden Bereich des Klinikums sind hygienebeauftragte Pflegekräfte benannt, die Ansprechpartner in Fragen der Hygiene und Infektionsprävention für das Pflegepersonal und das sonstige medizinische Assistenzpersonal auf den Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen sind. Sie sind Ansprechperson für die Hygienefachkräfte, die Krankenhaushygieniker und achten auf die frühzeitige Wahrnehmung bzw. Meldung von nosokomialen Infektionen.

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

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

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Um das Bewusstsein zum Thema Hygiene zu stärken, haben sich acht Kliniken (u.a. das Klinikum Ludwigshafen) im Rhein-Pfalz-Kreis und das zuständige Gesundheitsamt zusammengeschlossen. Es wurde ein gemeinsames Projekt, in Form eines strukturierten Entwicklungsprogrammes, den sogenannten "10-Punkte-Plan" zur stärkeren Beleuchtung der praktischen Krankenhaushygiene, gestartet.

Dieser "10-Punkte-Plan" bietet einem Krankenhaus die Möglichkeit, sich zeitlich und inhaltlich gestaffelt auf allen Stationen und Funktionsbereichen konzentriert den jeweiligen "hygienischen Aufgabenfeldern" zuzuwenden. Themen sind z.B. die Händehygiene, Arbeitskleidung, Organisation und Umgang mit medizinischen Materialien, Struktur und Nutzung verschiedener Arbeitsräume und viele mehr. Alle acht Krankenhäuser haben zugestimmt, sich aktiv am Projekt und der Umsetzung des "10-Punkte-Plans" zu beteiligen. Das Gesundheitsamt des Rhein-Pfalz-Kreises ist das erste Gesundheitsamt in Rheinland-Pfalz, das ein solches Projekt gemeinsam mit allen Krankenhäusern im Zuständigkeitsbereich begonnen hat. Der "10-Punkte-Plan" wurde Ende 2016 gestartet.

### 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 wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.

#### 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 Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl:  Ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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):	126

## 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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja

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

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten
	<i>Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: <a href="http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a></i>
	<i>Die Referenzdaten aller teilnehmenden Krankenhäuser sind auf der Homepage des Nationalen Referenzzentrums für Nosokomiale Infektionen verfügbar.</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
2	<p>Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen</p> <p><i>Das Klinikum nimmt an dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen an folgenden Modulen teil: HAND-KISS, ITS-KISS, OP-KISS, STATIONS-KISS.</i></p>
3	<p>Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen</p> <p><i>Name: Teilnahme am MRE-Netzwerk (Multiresistente Erreger) der Metropolregion Rhein-Neckar</i></p> <p><i>Am MRE-Netzwerk nehmen insgesamt 36 Kliniken der Metropolregion Rhein-Neckar teil. Diese Kliniken erarbeiten u.a. einheitliche Hygieneempfehlungen und bearbeiten sämtliche Fragestellungen zum Umgang mit multiresistenten Erregern, um deren Verbreitung zu verringern.</i></p>
4	<p>Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)</p> <p><i>Details: Zertifikat Bronze</i></p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen besitzt das Zertifikat in "Bronze". Zusätzlich werden regelmäßig Aktionstage für die Mitarbeiter, Patienten und Angehörigen durchgeführt (in 2017 z.B. unter Beteiligung des Handball-Bundesligisten "Die Eulen Ludwigshafen").</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. 2016). 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 jährlich hygienebeauftragte Ärzte &amp; Pflege, 1x jährlich hygieneverantwortliche MA in Funktionsbereichen &amp; MFA, 2x jährlich Sachkunde, 2x jährlich Fachkunde, 1x jährlich OTA-Kurs, 1x jährlich Impfseminar Ärzte</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 checked="" type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	
1	<p>Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.</p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></p> <p><i>Im Klinikum Ludwigshafen ist ein strukturiertes Lob- Beschwerdemanagement unter dem Namen "Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten" eingeführt. Patienten und ihre Angehörigen können persönlich, telefonisch, per E-Mail oder mittels eines Online-Formulars Kontakt aufnehmen. Zusätzlich werden regelmäßig persönliche Befragungen unserer Patienten vor Ort durchgeführt sowie 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><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></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>
3	<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.</p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></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>
4	<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.</p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></p> <p><i>Nach Eingang einer schriftlichen Beschwerde bei der Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten erhält der Beschwerdeführer umgehend eine Empfangsbestätigung. Anschließend wird die eingegangene Beschwerde an die zuständigen Führungskräfte zur Klärung sowie der Bitte um Stellungnahme und Benennung mögl. Verbesserungsmaßnahmen weitergeleitet. Danach erhält der Beschwerdeführer eine abschließende Rückmeldung über die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten (KfP).</i></p>
5	<p>Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.</p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></p> <p><i>Der Beschwerdeführer bekommt innerhalb eines Werktages eine Eingangsbestätigung über seine Beschwerde. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit einer Beschwerde liegt bei 1,6 Werktagen.</i></p>
6	<p>Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.</p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></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>
7	<p>Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.</p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</a></p>

LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	
	<i>Unsere ehrenamtliche Patientenfürsprecherin, Frau Susanne Herzog, steht für Anliegen und Beschwerden zur Verfügung. Patienten können einen Gesprächstermin am Krankenbett vereinbaren oder telefonisch Kontakt aufnehmen (Tel. 0621 / 503 2260).</i>
8	<p>Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden</p> <p><a href="http://www.klilu.de/content/ihre_meinung/ihre_meinung_ist_uns_wichtig/index_ger.html">http://www.klilu.de/content/ihre_meinung/ihre_meinung_ist_uns_wichtig/index_ger.html</a></p> <p><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></p>
9	<p>Patientenbefragungen</p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/befragung_patientenzufriedenheit/index_ger.html?raw=befragung&amp;ZMS_HIGHLIGHT=raw">https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/befragung_patientenzufriedenheit/index_ger.html?raw=befragung&amp;ZMS_HIGHLIGHT=raw</a></p> <p><i>Im Klinikum Ludwigshafen haben sowohl ambulante als auch stationäre 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 Leiterin der KfP führt regelmäßig Patientengespräche während des stationären Aufenthaltes durch, in denen die Patienten zu ihren Eindrücken befragt werden.</i></p>
10	<p>Einweiserbefragungen</p> <p><i>Einweiserbefragungen werden von der Stabsstelle Qualitätsmanagement, insbesondere in den Tumorzentren, durchgeführt. Hierbei werden die Erwartungen und Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte identifiziert.</i></p>

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
2	Positronenemissionstomograph (PET)/ PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	
3	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	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
7	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
8	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
9	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
	<i>Integriert in das Panda-Wärmebett</i>		
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	

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
16	offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Ja
17	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja
18	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen



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

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin inkl. Endokrinologie)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rhe/index_ger.html">https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rhe/index_ger.html</a>

### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

### B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rhe/index_ger.html">https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rhe/index_ger.html</a>

## 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</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
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

## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Die drei medizinischen Kliniken verfügen über eine gemeinsame Intensivstation mit 16 Betten, davon 8 Beatmungsplätze. Es besteht die Möglichkeit der nichtinvasiven Beatmung (Maskenbeatmung), der minimal-invasiven Dilatationstracheotomie und der Hämodialyse / Hämo-  
filtr...

23	Onkologische Tagesklinik
24	Spezialsprechstunde  <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Rheumatologische Ambulanz, 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. (Erstzertifizierung 07.06.2016)</i>

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	2204
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	256
2	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	104
3	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	104
4	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	83
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	79
6	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	64
7	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	56
8	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	52
9	C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	49
10	M31.3	Wegener-Granulomatose	43
11	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	40

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
12	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	39
13	C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	38
14	C83.1	Mantelzell-Lymphom	30
15	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	29
16	M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	27
17	C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom	23
18	C82.0	Folikuläres Lymphom Grad I	23
19	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	22
20	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	21
21	M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	21
22	C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	19
23	C82.3	Folikuläres Lymphom Grad IIIa	18
24	C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	18
25	N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	17
26	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	16
27	C45.0	Mesotheliom der Pleura	16
28	E86	Volumenmangel	14
29	M06.00	Seronegative chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen	14
30	M35.3	Polymyalgia rheumatica	14

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C83	Nicht follikuläres Lymphom	326
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	273
3	N17	Akutes Nierenversagen	176
4	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	110
5	C82	Folikuläres Lymphom	103
6	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	95
7	C92	Myeloische Leukämie	74
8	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	69

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	256
2	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	165
3	C90.0	Multiples Myelom	104
4	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	83
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	79
6	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	64
7	C92.0	Akute myeloblastische Leukämie [AML]	56
8	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	52
9	C82.1	Folikuläres Lymphom Grad II	49
10	M31.3	Wegener-Granulomatose	43
11	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	40
12	C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	38
13	C83.1	Mantelzell-Lymphom	30
14	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	29
15	M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	27
16	C82.0	Folikuläres Lymphom Grad I	23
17	C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom	23
18	C91.1	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]	22
19	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	21
20	M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	21
21	C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	19
22	C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	18
23	C82.3	Folikuläres Lymphom Grad IIIa	18

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
24	C45.0	Mesotheliom der Pleura	16
25	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	16
26	M10.0	Idiopathische Gicht	16
27	M06.0	Seronegative chronische Polyarthritits	16
28	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	15
29	M35.3	Polymyalgia rheumatica	14
30	M05.9	Seropositive chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet	14

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	2601
2	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	514
3	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	360
4	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	326
5	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	266
6	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	262
7	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	198
8	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	190
9	8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	187
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	178
11	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	161
12	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	138
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	134

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	129
15	8-857.10	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD): Bis 24 Stunden	122
16	6-001.h6	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 750 mg bis unter 850 mg	105
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	87
18	6-001.h4	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 550 mg bis unter 650 mg	84
19	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	73
20	1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	71
21	1-846.0	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: Niere	62
22	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	55
23	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	52
24	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	49
25	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	48
26	8-543.12	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	40
27	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	40
28	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	40
29	8-542.32	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	38
30	1-941.0	Komplexe Diagnostik bei Leukämien: Komplexe Diagnostik ohne HLA-Typisierung	36

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-854	Hämodialyse	3047
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	830
3	8-547	Andere Immuntherapie	740

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
4	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	567
5	8-857	Peritonealdialyse	500
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	379
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	332

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	Dialyse
	Palliativmedizin
<b>2</b>	<b>RHEUMATOLOGISCHE AMBULANZ</b>
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>
<b>3</b>	<b>INFEKTIONS-AMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
<b>4</b>	<b>FACHBEREICH INNERE MEDIZIN</b>
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Hämato-Onkologie</i>
<b>5</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)



5	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	LEISTUNGEN:
	Behandlung von NotfallpatientInnen (24h)
	Behandlung von Notfällen (24h)

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

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

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	26,29	25,99	0,30	3,92	22,37	98,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	13,06	12,76	0,30	1,92	11,14	197,8

**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].11.1.1 Ärztliche 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

## B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Infektiologie
2	Palliativmedizin

## B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	46,05	46,05	0,00	1,80	44,25	49,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,66	0,66	0,00	0,00	0,66	3339,4
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,64	0,64	0,00	0,00	0,64	3443,8
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,91	0,91	0,00	0,00	0,91	2422,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,78	4,78	0,00	2,00	2,78	792,8

### 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	Intensivpflege und Anästhesie

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Pflege in der Nephrologie
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung
7	Pflege in der Onkologie

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Diabetes <i>Diabetesassistentin nach DGG</i>
4	Ernährungsmanagement <i>Ernährungsberaterin SGD</i>
5	Kinästhetik
6	Kontinenzmanagement
7	Qualitätsmanagement
8	Schmerzmanagement
9	Wundmanagement
10	Breast Care Nurse
11	Deeskalationstraining

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

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

**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] 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:	<a href="https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klilik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_int/index_ger.html">https://www.klilu.de/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/ klilik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_int/ index_ger.html</a>

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

### B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klilik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_int/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/ klilik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_int/ index_ger.html</a>

## 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 <i>Nicht invasives Verfahren zur Klärung auf Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit</i>
17	Herzkatheter <i>Diagnostik: Darstellung d. Herzkrankgefäße, Druckmessung i. d. Herzkammern Therapie: Aufdehnung verengter Herzkranzgefäße z.T. mit Implantation einer Gefäßstütze, Vorhofsohrverschluss, Kathetergestützte Implantation v. Künstl. Herzklappen, Verschluss angeb. Defekte d. Herzscheidewand</i>
18	Native Sonographie

## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

*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 Kreislauferunterstützungssysteme (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 (DKG). (Re-Zertifizierung 03.04.2018)*

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	7542
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	438
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	383
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	383
4	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	264
5	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	251
6	I20.0	Instabile Angina pectoris	246
7	I35.0	Aortenklappenstenose	223
8	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	182
9	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	170
10	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	141
11	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	134
12	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	133
13	R55	Synkope und Kollaps	114
14	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	114
15	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	113
16	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	110
17	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	107
18	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	99
19	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	99
20	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	94
21	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	93
22	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	91

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
23	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	73
24	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	72
25	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	72
26	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	70
27	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	67
28	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	66
29	I48.3	Vorhofflattern, typisch	64
30	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	64

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I50	Herzinsuffizienz	1090
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	647
3	I20	Angina pectoris	541
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	477
5	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	370
6	R07	Hals- und Brustschmerzen	358
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	314
8	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	311
9	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	293
10	G47	Schlafstörungen	237

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.1	Linksherzinsuffizienz	961
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	383
3	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	264
4	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	258
5	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	251



	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
6	I20.0	Instabile Angina pectoris	246
7	I35.0	Aortenklappenstenose	223
8	G47.3	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	221
9	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	182
10	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	170
11	Z45.0	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems	158
12	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	155
13	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	141
14	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	140
15	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	134
16	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	133
17	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	118
18	R55	Synkope und Kollaps	114
19	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	114
20	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	114
21	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	107
22	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	100
23	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	91
24	I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	82
25	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	72
26	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	72
27	I48.3	Vorhofflattern, typisch	64
28	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	62

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	60
30	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	57

## 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	4040
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2033
3	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1653
4	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1230
5	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1142
6	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	1035
7	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	931
8	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	867
9	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	848
10	8-83b.00	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	727
11	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	654
12	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	585
13	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	577
14	1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie	575
15	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	497
16	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	487
17	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	445

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige	436
19	8-701	Einfache endotracheale Intubation	387
20	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	320
21	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	297
22	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	297
23	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)	296
24	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	289
25	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	269
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	240
27	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	233
28	5-35a.00	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär	222
29	1-274.3	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums	202
30	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	202

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	4040
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2397
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2033
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1978
5	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1653
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1181
7	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	976
8	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	907

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	838

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>
<b>2</b>	<b>KARDIOLOGISCHE AMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>
<b>3</b>	<b>ARRHYTHMIE-AMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Schrittmacher und Defibrillator Kontrollen
	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Elektrophysiologie
	<i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte</i>

<b>4</b>	<b>FACHBEREICH INNERE MEDIZIN</b>
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Pneumologie</i>
<b>5</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

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

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	39,91	39,89	0,02	3,17	36,74	205,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	18,53	18,51	0,02	1,47	17,06	442,1

#### 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-[2].11.1.1 Ärztliche 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	115,79	115,79	0,00	6,50	109,29	69,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,86	2,86	0,00	0,00	2,86	2637,1
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,64	2,64	0,00	0,00	2,64	2856,8
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,76	1,76	0,00	0,00	1,76	4285,2
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,09	2,09	0,00	0,00	2,09	3608,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	14,14	14,14	0,00	3,36	10,78	699,6

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

	<b>ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE</b>
1	Bachelor
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Pflege in der Onkologie
5	Pflege in der Nephrologie
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Intermediate Care Pflege

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Geriatric
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement
9	Deeskalationstraining

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

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Gallenwege und Leber, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klilik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klilik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_index_ger.html</a>

### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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



### B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_index_ger.html</a>

### 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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
20	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
21	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
22	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
23	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
24	Diagnostik und Therapie von Allergien
25	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
26	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
27	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
28	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
29	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
30	Schmerztherapie
31	Endoskopie
32	Konventionelle Röntgenaufnahmen
33	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
34	Native Sonographie
35	Endosonographie
36	Eindimensionale Dopplersonographie
37	Duplexsonographie
38	Sonographie mit Kontrastmittel
39	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>
40	Onkologische Tagesklinik
41	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Diabetes Sprechstunde und Fußambulanz, Kontinenzsprechstunde, MVZ Gastroenterologie/Hepatology, ASV Gastrointestinale-Onkologie</i>
42	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
43	Diabeteszentrum <i>Stationäre Behandlungseinrichtung für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes / Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG (Zertifizierung 07.12.2017). Das Diabeteszentrum ist durch die AG-Fuß in der ADE Rheinland- Pfalz anerkannte Einrichtung zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms.</i>
44	Viszeralonkologisches Zentrum (Darm-, Magen-, Pankreaskarzinomzentrum) <i>Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung 08.03.2016)</i>
45	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

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

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	4028
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	135
2	K83.1	Verschluss des Gallenganges	124
3	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	98
4	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	91
5	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	89
6	K22.2	Ösophagusverschluss	80
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	75
8	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	74
9	K80.51	Gallengangstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	67
10	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	66
11	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	66
12	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	61
13	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	52
14	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	51
15	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	49
16	K59.0	Obstipation	48
17	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	48
18	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	45
19	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	44

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
20	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	43
21	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	40
22	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	39
23	D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten: Pankreas	38
24	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	37
25	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	37
26	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	35
27	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	35
28	J10.8	Grippe mit sonstigen Manifestationen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	34
29	C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	33
30	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	33

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K80	Cholelithiasis	178
2	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	169
3	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	168
4	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	165
5	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	161
6	C16	Bösartige Neubildung des Magens	151
7	K70	Alkoholische Leberkrankheit	144
8	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	138
9	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	127
10	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	122

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	135
2	K83.1	Verschluss des Gallenganges	124

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
3	K80.5	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis	100
4	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	98
5	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	91
6	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	89
7	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	87
8	K22.2	Ösophagusverschluss	80
9	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	75
10	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	75
11	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	74
12	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	66
13	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	66
14	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	61
15	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	51
16	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardias	49
17	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	48
18	K59.0	Obstipation	48
19	K80.3	Gallengangsstein mit Cholangitis	46
20	E11.9	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen	45
21	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	44
22	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	43
23	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	40
24	D37.7	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Pankreas	39

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
25	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	37
26	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	37
27	A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	36
28	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	35
29	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	35
30	J10.8	Grippe mit sonstigen Manifestationen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	34

### B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	2931
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	906
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	858
4	3-055	Endosonographie der Gallenwege	436
5	3-056	Endosonographie des Pankreas	430
6	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	408
7	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	313
8	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	308
9	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	260
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	257
11	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	247
12	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	223
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	218
14	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	217

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	199
16	1-651	Diagnostische Sigmoideoskopie	192
17	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	186
18	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	185
19	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	179
20	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	176
21	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	163
22	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	141
23	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	141
24	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	138
25	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	136
26	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	134
27	5-429.a	Andere Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen	130
28	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	128
29	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	122
30	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	120

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2981
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1267
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1244
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	1090
5	5-469	Andere Operationen am Darm	595

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	595
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	546
8	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	408

## B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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
<b>2</b>	<b>DIABETES-SPRECHSTUNDE UND FUßAMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
<b>3</b>	<b>KONTINENZSPRECHSTUNDE</b>
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Med. Klinik C ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
<b>4</b>	<b>FACHBEREICH INNERE MEDIZIN</b>
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Gastroenterologie/Hepatologie</i>
<b>5</b>	<b>ASV GASTROINTESTINALE ONKOLOGIE</b>
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>



<b>6</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	Behandlung von Notfällen (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	92
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	38
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	27

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

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

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	26,05	26,02	0,03	1,87	24,18	166,6

- davon Fachärzte und Fachärztinnen      11,22      11,19      0,03      0,80      10,42      386,6

#### 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].11.1.1 Ärztliche 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 Tumortherapie
5	Notfallmedizin
6	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
7	Psychotherapie - fachgebunden -

## B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	37,91	37,91	0,00	1,03	36,88	109,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,86	0,86	0,00	0,00	0,86	4683,7
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,64	0,64	0,00	0,00	0,64	6293,8
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,61	2,61	0,00	0,00	2,61	1543,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4028,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,34	8,34	0,00	1,00	7,34	548,8

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

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

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement

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

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie/index_ger.html</a>

### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

### B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie/index_ger.html</a>

## 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	Arthroskopische Operationen
5	Chirurgische Intensivmedizin
6	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
7	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
8	Endokrine Chirurgie
9	Magen-Darm-Chirurgie
10	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
11	Tumorchirurgie
	<i>Metastasenchirurgie</i>
12	Portimplantation
13	Schrittmachereingriffe
14	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
15	Lungenchirurgie
16	Operationen wegen Thoraxtrauma
17	Speiseröhrenchirurgie
18	Thorakoskopische Eingriffe
19	Mediastinoskopie
20	Metall-/Fremdkörperentfernungen
21	Septische Knochenchirurgie
22	Inkontinenzchirurgie
23	Laserchirurgie
24	Fußchirurgie
25	Schulterchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
26	Traumatologie
27	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
29	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
30	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
31	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
37	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
38	Amputationschirurgie
39	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
40	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
41	Wundheilungsstörungen
42	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
43	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
44	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
45	Interdisziplinäre Tumornachsorge
46	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
47	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
48	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
49	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
50	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
51	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
52	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
53	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
54	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
55	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
56	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
57	Palliativmedizin
58	Schmerztherapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
59	Transfusionsmedizin
60	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
61	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
62	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
63	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
64	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
65	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
66	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
67	Endoprothetik
68	Konventionelle Röntgenaufnahmen
69	Native Sonographie
70	Eindimensionale Dopplersonographie
71	Duplexsonographie
72	Sonographie mit Kontrastmittel
73	Endosonographie
74	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Unfallchirurgie/D-Arzt, Kontinenzsprechstunde, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Darmkrebsprechstunde,</i>
75	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
76	Viszeralonkologische Zentrum (Darm-, Magen- und Pankreaskarzinomzentrum) <i>Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 08.03.2016).</i>
77	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-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	3302
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	S06.0	Gehirnerschütterung	129
2	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	106
3	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	101
4	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	79
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	79
6	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	78
7	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	71
8	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	70
9	K61.1	Rektalabszess	59
10	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	59
11	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	57
12	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	55
13	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	51
14	K81.0	Akute Cholezystitis	48
15	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	46
16	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	46
17	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	45
18	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	45
19	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	43
20	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	43
21	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	41
22	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	39
23	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	36
24	K59.0	Obstipation	33
25	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	30
26	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	29
27	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	29



	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
28	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	29
29	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	29
30	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	28

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K80	Cholelithiasis	240
2	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	182
3	K40	Hernia inguinalis	147
4	S06	Intrakranielle Verletzung	142
5	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	140
6	K35	Akute Appendizitis	121
7	K57	Divertikulose des Darmes	120
8	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	103
9	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	100
10	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	88

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	129
2	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	111
3	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	107
4	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	79
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	79
6	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	78
7	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	71
8	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	71

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
9	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	60
10	K61.1	Rektalabszess	59
11	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	58
12	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	57
13	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	51
14	K81.0	Akute Cholezystitis	48
15	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	47
16	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	46
17	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	46
18	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	45
19	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	45
20	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	45
21	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	43
22	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	43
23	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	41
24	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	39
25	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	36
26	K59.0	Obstipation	33
27	S22.4	Rippenserienfraktur	31
28	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	30
29	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	29
30	S00.8	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes	29

## 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)	514
2	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	346
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	252
4	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	197
5	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	171
6	5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material	149
7	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	148
8	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	139
9	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	117
10	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	110
11	1-653	Diagnostische Proktoskopie	94
12	5-344.40	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	88
13	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	85
14	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	83
15	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	72
16	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	70
17	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	70
18	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	70

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	68
20	5-349.6	Andere Operationen am Thorax: Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell	66
21	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	64
22	5-333.0	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, offen chirurgisch	57
23	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	55
24	5-333.1	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, thorakoskopisch	55
25	5-916.a4	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Endorektal	54
26	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	52
27	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	51
28	5-541.1	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	50
29	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	49
30	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	49

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-469	Andere Operationen am Darm	362
2	5-511	Cholezystektomie	342
3	5-916	Temporäre Weichteildeckung	286
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	197
5	1-654	Diagnostische Rektoskopie	171
6	5-470	Appendektomie	164

## B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein-, unfall-, thorax- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
<b>2</b>	<b>ALLGEMEIN-/VISZERALCHIRURGIE</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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
<b>3</b>	<b>D-ARZT-FÄLLE</b>
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Therapie von Arbeitsunfällen
<b>4</b>	<b>KONTINENZSPRECHSTUNDE</b>
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Chirurgischen Klinik A ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
<b>5</b>	<b>THORAXCHIRURGIE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und postoperative Behandlung von thoraxchirurgischen Erkrankungen
<b>6</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	56
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	33
3	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	15
4	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	15
5	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	11
6	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	10
7	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	9
8	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	8
9	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	7
10	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4

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

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

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	25,69	25,69	0,00	5,12	20,57	160,5

- davon Fachärzte und Fachärztinnen 16,45 16,45 0,00 3,28 13,17 250,7

#### 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 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
3	Proktologie
4	Spezielle Unfallchirurgie

### B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	66,00	66,00	0,00	3,00	63,00	52,4
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,03	1,03	0,00	0,00	1,03	3205,8
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,98	1,98	0,00	0,00	1,98	1667,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,78	0,78	0,00	0,00	0,78	4233,3
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,95	1,95	0,00	0,32	1,63	2025,8

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,82	5,82	0,00	2,00	3,82	864,4
--	------	------	------	------	------	-------

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Wundmanagement
9	Deeskalationstraining



## 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:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefaesschirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/ gefaesschirurgie/index_ger.html</a>

### B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

### B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefaesschirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/ gefaesschirurgie/index_ger.html</a>

## 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	Phlebographie
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>

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	1216
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	201
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	143
3	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	142
4	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	139
5	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	81
6	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	50
7	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	47
8	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	46
9	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	44
10	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	43
11	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	41
12	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	33
13	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	23
14	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	18
15	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	11
16	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	11
17	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	11
18	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	11
19	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	11

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
20	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	10
21	I72.1	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität	9
22	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	7
23	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	7
24	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
25	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	6
26	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	5
27	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	4
28	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	4
29	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	4
30	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I70	Atherosklerose	535
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	237
3	Z49	Dialysebehandlung	81
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	62
5	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	59
6	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt	56
7	N18	Chronische Nierenkrankheit	46
8	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	45
9	I83	Varizen der unteren Extremitäten	30
10	I63	Hirnfarkt	15

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	529

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
2	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	142
3	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	81
4	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	50
5	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	47
6	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	46
7	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	44
8	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	41
9	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	33
10	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	23
11	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	18
12	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	11
13	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	11
14	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	11
15	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	11
16	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	11
17	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	10
18	I72.1	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität	9
19	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	7
20	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	7
21	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	6

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
22	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
23	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	5
24	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	4
25	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	4
26	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	4
27	Z03.5	Beobachtung bei Verdacht auf sonstige kardiovaskuläre Krankheiten	< 4
28	I70.0	Atherosklerose der Aorta	< 4
29	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	< 4
30	I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	< 4

## B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	205
2	5-983	Reoperation	182
3	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	149
4	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes	128
5	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	124
6	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	111
7	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	94
8	5-930.00	Art des Transplantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung	90
9	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	84

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	75
11	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	73
12	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	64
13	5-930.3	Art des Transplantates: Xenogen	63
14	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	62
15	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	54
16	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	53
17	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	53
18	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	51
19	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	48
20	5-38a.c0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, ohne Öffnung	45
21	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	45
22	5-38a.u2	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Art des Endes der untersten Stent-Prothese: Aortobiliakale Stent-Prothese	41
23	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	39
24	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	38
25	5-865.6	Amputation und Exartikulation Fuß: Amputation transmetatarsal	37
26	5-900.1c	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Leisten- und Genitalregion	35
27	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	35

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	35
29	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	30
30	5-900.1e	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Oberschenkel und Knie	28

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	385
2	5-381	Endarteriektomie	292
3	5-930	Art des Transplantates	264
4	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	262

### B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
<b>2</b>	<b>GEFÄßCHIRURGIE, SHUNTCHIRURGIE</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>
<b>3</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	12
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	11
3	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	< 4
4	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4



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

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

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

### B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,56	8,56	0,00	0,12	8,44	144,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,39	4,39	0,00	0,00	4,39	277,0

#### 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-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Phlebologie

## B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,07	15,07	0,00	0,00	15,07	80,7
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,42	0,42	0,00	0,00	0,42	2895,2
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	2432,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,67	0,67	0,00	0,00	0,67	1814,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,76	2,76	0,00	0,13	2,63	462,4

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
3	Qualitätsmanagement
4	Wundmanagement

## B-[6] Klinik für Herzchirurgie

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

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

#### B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

#### B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/herzchirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/herzchirurgie/ index_ger.html</a>

### 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	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: Ventrikelseptumaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelseptumruptur
3	Herzklappenchirurgie <i>Es wird minimal-invasive Mitralklappenchirurgie durchgeführt.</i>
4	Schrittmachereingriffe
5	Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI)
6	Aortenaneurysmochirurgie
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
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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<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-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	942
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	212
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	165
3	I35.0	Aortenklappenstenose	119
4	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	60
5	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	54
6	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	44
7	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	42
8	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	22

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
9	I20.0	Instabile Angina pectoris	22
10	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	21
11	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	15
12	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	15
13	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	14
14	I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert	12
15	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	12
16	T84.2	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen	10
17	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	10
18	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	9
19	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	8
20	I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	8
21	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	6
22	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	5
23	I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	5
24	M96.81	Instabiler Thorax nach thoraxchirurgischem Eingriff	5
25	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	4
26	I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	4
27	I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose	< 4
28	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	< 4
29	I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	< 4
30	I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	268
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	211
3	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	202
4	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	62
5	I33	Akute und subakute Endokarditis	42
6	I20	Angina pectoris	37

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
7	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	27
8	I08	Krankheiten mehrerer Herzklappen	22
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	19
10	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	11

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	262
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	165
3	I35.0	Aortenklappenstenose	119
4	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	60
5	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	54
6	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	42
7	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	22
8	I20.0	Instabile Angina pectoris	22
9	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	21
10	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	15
11	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	15
12	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	14
13	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	12
14	I71.0	Dissektion der Aorta	12
15	I08.0	Krankheiten der Mitralklappen- und Aortenklappen, kombiniert	12
16	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	10
17	T84.2	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen	10
18	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	9



	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
19	I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	8
20	I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	5
21	I34.8	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	5
22	M96.8	Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff	5
23	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	5
24	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	4
25	I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	< 4
26	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	< 4
27	I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose	< 4
28	I25.3	Herz-(Wand-)Aneurysma	< 4
29	I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	< 4
30	I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	< 4

## B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	716
2	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	480
3	8-701	Einfache endotracheale Intubation	376
4	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	341
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	326
6	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	267

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	238
8	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	224
9	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	198
10	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	172
11	8-641	Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus	170
12	5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	145
13	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	143
14	5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	114
15	5-896.1a	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken	114
16	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	104
17	6-004.d	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Levosimendan, parenteral	101
18	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	98
19	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	91
20	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	87
21	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	85
22	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	72
23	5-349.3	Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	67

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-351.12	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	65
25	5-349.1	Andere Operationen am Thorax: Sequesterotomie an Rippe oder Sternum	62
26	5-370.2	Perikardiotomie und Kardiotomie: Adhäsioolyse am Perikard	61
27	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	58
28	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	56
29	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	52
30	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	51

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	1043
2	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	716
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	660
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	547
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	376
6	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	303
7	5-916	Temporäre Weichteildeckung	291
8	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	252

### B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

<b>2</b>	<b>HZ-AMBULANZ</b>
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik von herzchirurgischen Patienten
	<i>In der HZ-Ambulanz erfolgt die komplette prästationäre Vorbereitung von Patienten, die zur herzchirurgischen Therapie an die Klinik überwiesen werden. Bei allen Patienten erfolgt ein präoperatives Screening auf MRSA, bei Bedarf erfolgt eine präoperative Sanierung von kontaminierten Patienten.</i>
<b>3</b>	<b>ZENTRALE PATIENTENAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Behandlung von herzchirurgischen Notfallpatienten
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

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

## B-[6].11 Personelle Ausstattung

### B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,45	16,45	0,00	0,00	16,45	57,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,46	8,46	0,00	0,00	8,46	111,3

#### 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-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

## B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

## B-[6].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	78,76	78,76	0,00	0,00	78,76	12,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,15	1,15	0,00	0,00	1,15	819,1
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,73	0,73	0,00	0,00	0,73	1290,4
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,37	2,37	0,00	0,00	2,37	397,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,86	2,86	0,00	0,00	2,86	329,4

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
4	Pflege in der Onkologie
5	Operationsdienst
6	Pflege in der Nephrologie
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung
9	Intermediate Care Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Palliative Care
9	Stroke Unit Care

## B-[7] Urologische Klinik

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

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

#### B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2200) Urologie

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

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

#### B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/urologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/urologie/ index_ger.html</a>

### B-[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	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 22.03.2017)</i>
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-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	3693
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	418
2	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	321
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	293
4	N40	Prostatahyperplasie	292
5	N20.1	Ureterstein	264
6	N20.0	Nierenstein	207
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	150
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	126
9	R33	Harnverhaltung	112
10	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	81
11	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	80
12	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	71
13	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Harnblase	70
14	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	67
15	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	63
16	N13.6	Pyonephrose	60
17	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	55
18	N41.0	Akute Prostatitis	41
19	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	38
20	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	35
21	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	35

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
22	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	30
23	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	30
24	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	29
25	N32.0	Blasenhalsobstruktion	28
26	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	26
27	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	24
28	T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	22
29	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	22
30	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	20

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	631
2	N20	Nieren- und Ureterstein	544
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	375
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	293
5	N40	Prostatahyperplasie	292
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	174
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	126
8	R33	Harnverhaltung	112
9	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Harnorgane	87
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	80

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	418
2	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	321
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	293
4	N40	Prostatahyperplasie	292
5	N20.1	Ureterstein	264

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
6	N20.0	Nierenstein	207
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	150
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	126
9	R33	Harnverhaltung	112
10	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	81
11	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	80
12	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	71
13	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntens Verhaltens: Harnblase	70
14	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	67
15	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	63
16	N13.6	Pyonephrose	60
17	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	55
18	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	49
19	N41.0	Akute Prostatitis	41
20	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	38
21	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	35
22	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	35
23	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	30
24	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	29
25	N32.0	Blasenhalsobstruktion	28
26	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	26
27	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	24
28	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	22

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	22
30	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	20

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	834
2	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	700
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	565
4	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	384
5	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	256
6	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	253
7	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	245
8	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	200
9	8-110.2	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Niere	181
10	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	175
11	8-133.1	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung	155
12	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	149
13	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	133
14	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	129
15	3-13f	Zystographie	110
16	8-137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung	108
17	5-604.42	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	86

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	86
19	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	84
20	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	83
21	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	83
22	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	76
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	74
24	3-13d.5	Urographie: Retrograd	67
25	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	67
26	5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	64
27	5-585.0	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, ohne Sicht	63
28	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	62
29	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	61
30	5-985.x	Lasertechnik: Sonstige	59

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	1194
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	809
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	565
4	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	521
5	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	382
6	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	368

## B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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
<b>2</b>	<b>UROLOGIE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
<b>3</b>	<b>UROLOGIE</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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

<b>3</b>	<b>UROLOGIE</b>
	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	Neuro-Urologie
	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
	Prostatazentrum
	Schmerztherapie
	Tumorchirurgie
	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	Urogynäkologie
<b>4</b>	<b>KONTINENZSPRECHSTUNDE</b>
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>
<b>5</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	<b>OPS</b>	<b>BEZEICHNUNG</b>	<b>FALLZAH</b>
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	203
2	5-640	Operationen am Präputium	121
3	5-572	Zystostomie	31
4	5-611	Operation einer Hydrocele testis	24
5	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	11
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	11
7	5-624	Orchidopexie	9
8	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	7
9	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	5
10	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	< 4

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

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

## B-[7].11 Personelle Ausstattung

### B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	15,74	15,56	0,18	1,59	14,15	261,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,57	10,39	0,18	1,06	9,51	388,3

#### 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-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Urologie

### B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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



## B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	28,48	28,48	0,00	1,00	27,48	134,4
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,10	0,10	0,00	0,10	0,00	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	3693,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,88	0,88	0,00	0,60	0,28	13189,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,36	5,36	0,00	0,30	5,06	729,8

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement
5	Wundmanagement

## B-[8] Frauenklinik / Geburtshilfe

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

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

#### B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3251
Fax:	0621 503 3271
E-Mail:	<a href="mailto:gyn@klilu.de">gyn@klilu.de</a>

Name/Funktion:	Nelli Chamarina, Sektionsleiterin Geburtshilfe
Telefon:	0621 503 3278
Fax:	0621 503 3288
E-Mail:	<a href="mailto:geburt@klilu.de">geburt@klilu.de</a>

#### B-[8].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie/ index_ger.html</a>

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geburtshilfe/index_ger.html">https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geburtshilfe/index_ger.html</a>

## 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	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>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
18	Pränataldiagnostik und -therapie
19	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes <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 Notfällen (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-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	2608
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	472
2	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	174
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	173
4	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	131
5	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	79
6	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	60
7	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	57
8	O20.0	Drohender Abort	55
9	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	52
10	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	50
11	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	39
12	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	35
13	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	30
14	O06.4	Nicht näher bezeichneter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	30
15	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	29
16	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	28
17	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	27
18	O81	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumentextraktion	26
19	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	24
20	N97.0	Sterilität der Frau in Verbindung mit fehlender Ovulation	23
21	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	22
22	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	21
23	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	20
24	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	20
25	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	19
26	O00.1	Tubargravidität	19
27	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	16

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
28	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	15
29	O06.9	Nicht näher bezeichneter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation	15
30	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	14

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	474
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	199
3	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	174
4	O80	Spontangeburt eines Einlings	173
5	O70	Dammriss unter der Geburt	105
6	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	88
7	D25	Leiomyom des Uterus	79
8	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	66
9	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	59
10	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	57

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	472
2	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	174
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	173
4	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	131
5	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	79
6	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	60
7	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	57

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
8	O20.0	Drohender Abort	55
9	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	52
10	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	50
11	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	39
12	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	35
13	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	30
14	O06.4	Nicht näher bezeichneter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	30
15	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	29
16	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	28
17	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	27
18	O81	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion	26
19	O26.8	Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft	24
20	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	24
21	N97.0	Sterilität der Frau in Verbindung mit fehlender Ovulation	23
22	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	22
23	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	21
24	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	20
25	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	20
26	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	19
27	O00.1	Tubargravidität	19
28	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	15



	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	O34.3	Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps	15
30	O06.9	Nicht näher bezeichneter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation	15

## B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	483
2	1-242	Audiometrie	468
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	276
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	250
5	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	130
6	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	114
7	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	109
8	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)	104
9	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	102
10	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	98
11	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	80
12	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	73
13	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	71
14	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	71
15	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	62
16	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	62

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	55
18	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	52
19	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	48
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	48
21	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	45
22	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)	44
23	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	40
24	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	37
25	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	37
26	5-707.1	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Douglasplastik	35
27	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	35
28	5-683.21	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal	33
29	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	32
30	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	26

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	556
2	1-242	Audiometrie	468
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	276
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	250
5	5-749	Andere Sectio caesarea	215
6	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	195
7	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	182

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
8	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	155
9	5-469	Andere Operationen am Darm	115

## B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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 gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	Urogynäkologie
<b>2</b>	<b>SPRECHSTUNDE IM RAHMEN DER GEBURTSHILFE</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Geburtsplanung
	Risikoschwangerschaft (Amniozentese/Fruchtwasseruntersuchung)
	Betreuung von Risikoschwangerschaften
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	<i>Für die türkisch, englisch, arabisch, persisch und russisch sprachigen werdenden Eltern besteht ein Angebot an Sprechstunden in der jeweiligen Muttersprache.</i>
<b>3</b>	<b>GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen erforderlich.</i>

<b>4</b>	<b>ENDOMETRIOSESPRECHSTUNDE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	<i>Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen erforderlich.</i>
<b>5</b>	<b>BRUSTSPRECHSTUNDE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>
<b>6</b>	<b>KONTINENZSPRECHSTUNDE</b>
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Urogynäkologie
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Frauenklinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
<b>7</b>	<b>DYSPLASIESPRECHSTUNDE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	<i>Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen erforderlich.</i>
<b>8</b>	<b>KINDERGYNÄKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Endokrinologische Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie bei Blutungsstörungen

<b>8</b>	<b>KINDERGYNÄKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE</b>
	Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen
	Fehlbildungen und Tumoren
<b>9</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	Behandlung von Notfällen (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	137
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	109
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	71
4	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	41
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	22
6	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	8
7	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	4
8	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	4
9	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	4
10	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	4

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

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

## B-[8].11 Personelle Ausstattung

### B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,74	12,74	0,00	1,95	10,79	241,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,64	7,64	0,00	1,14	6,50	401,2

**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-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumorthherapie

### B-[8].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	18,75	18,75	0,00	1,00	17,75	146,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,82	3,82	0,00	0,00	3,82	682,7
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,11	0,11	0,00	0,00	0,11	23709,1
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,63	6,63	0,00	0,00	6,63	393,4

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,37	0,37	0,00	0,00	0,37	7048,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,29	2,29	0,00	0,27	2,02	1291,1

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement
7	Breast Care Nurse
8	Still- und Laktationsberatung

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

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

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

#### B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

#### B-[9].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hals_nasen_ohren_klinik/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/ hals_nasen_ohren_klinik/index_ger.html</a>

### B-[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 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
25	Laserchirurgie
26	Diagnostik und Therapie von Allergien
27	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Schädelbasis
28	Phoniatrie
29	Pädaudiologie
30	Spezialsprechstunde

*Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, HNO-Ambulanz, Phoniatrie und Pädaudiologie*

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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. (Erstzertifizierung 07.06.2016)</i>

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	3334
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	314
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	170
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	153
4	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	134
5	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	129
6	R04.0	Epistaxis	105
7	J36	Peritonsillarabszess	100
8	H71	Cholesteatom des Mittelohres	82
9	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	75
10	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	69
11	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	68
12	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	67
13	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	60
14	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	60
15	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	50
16	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	50
17	G51.0	Fazialisparese	49
18	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	48

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
19	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	44
20	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	41
21	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	41
22	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	40
23	S02.2	Nasenbeinfraktur	34
24	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	32
25	J38.4	Larynxödem	30
26	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	26
27	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	25
28	S06.0	Gehirnerschütterung	24
29	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	24
30	A46	Erysipel [Wundrose]	23

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	335
2	J32	Chronische Sinusitis	296
3	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	279
4	H91	Sonstiger Hörverlust	172
5	J03	Akute Tonsillitis	139
6	R04	Blutung aus den Atemwegen	108
7	J36	Peritonsillarabszess	100
8	H81	Störungen der Vestibularfunktion	94
9	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	92
10	J38	Krankheiten der Stimmklappen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	85

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	314
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	170
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	153

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
4	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	134
5	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	129
6	R04.0	Epistaxis	105
7	J36	Peritonsillarabszess	100
8	H71	Cholesteatom des Mittelohres	82
9	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	75
10	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	69
11	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	68
12	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	67
13	G47.3	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	61
14	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	60
15	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	50
16	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	50
17	G51.0	Fazialisparese	49
18	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	48
19	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	44
20	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	41
21	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	41
22	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	40
23	S02.2	Nasenbeinfraktur	34
24	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	32
25	J38.4	Larynxödem	30
26	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	26
27	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	25
28	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	24

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	S06.0	Gehirnerschütterung	24
30	H91.0	Ototoxischer Hörverlust	23

## B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-242	Audiometrie	631
2	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	604
3	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	560
4	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	546
5	5-984	Mikrochirurgische Technik	489
6	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	350
7	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	340
8	1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt	337
9	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	303
10	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	280
11	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	263
12	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	253
13	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	237
14	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	220
15	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	203
16	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	173
17	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	159
18	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	156
19	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	148

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	140
21	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	139
22	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	120
23	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	114
24	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	107
25	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszessonsillektomie	103
26	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	98
27	5-983	Reoperation	98
28	5-985.0	Lasertechnik: Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser	93
29	5-852.g0	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entnahme von Faszie zur Transplantation: Kopf und Hals	91
30	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	89

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	955
2	1-242	Audiometrie	631
3	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	604
4	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	586
5	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	574
6	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	546
7	5-984	Mikrochirurgische Technik	489
8	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	413
9	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	352
10	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	321

## B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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
<b>2</b>	<b>HNO-AMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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

<b>2</b>	<b>HNO-AMBULANZ</b>
	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 niedergelassenen Facharzt für HNO-Heilkunde</i>
<b>3</b>	<b>PHONIATRIE UND PÄDAUDIOLOGIE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Phoniatrie
	Leistungen der Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
	Pädaudiologie
	<i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte (Allgemeinärzte/Praktische Ärzte, HNO-Ärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte und Neurologen)</i>
<b>4</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	<b>OPS</b>	<b>BEZEICHNUNG</b>	<b>FALLZAH</b>
1	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	203
2	5-200	Parazentese [Myringotomie]	196
3	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	82
4	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	70
5	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	58
6	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	37
7	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	20



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
8	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	16
9	5-184	Plastische Korrektur absteherender Ohren	9
10	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	6

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

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

## B-[9].11 Personelle Ausstattung

### B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,46	16,46	0,00	3,66	12,80	260,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,50	8,50	0,00	1,89	6,61	504,4

#### 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 Fachexpertise der Abteilung

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

## B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Plastische Operationen
2	Medikamentöse Tumorthherapie

## B-[9].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	36,33	36,33	0,00	2,00	34,33	97,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,07	0,07	0,00	0,00	0,07	47628,6
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,70	0,70	0,00	0,00	0,70	4762,9
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,15	1,15	0,00	0,00	1,15	2899,1
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,42	2,42	0,00	0,54	1,88	1773,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,61	5,61	0,00	0,00	5,61	594,3

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

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

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Palliative Care

## B-[10] Augenklinik

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

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

#### B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2700) Augenheilkunde

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

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

#### B-[10].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/augenklinik/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/augenklinik/ index_ger.html</a>

### 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 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 <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Augenambulanz</i>
21	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	2467
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	619
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	280
3	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	250
4	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	238
5	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	102
6	H43.1	Glaskörperblutung	81
7	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	58
8	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	53
9	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	48
10	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	36
11	H16.0	Ulcus corneae	36
12	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	30
13	H40.0	Glaukomverdacht	28
14	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	27
15	H47.2	Optikusatrophie	26
16	H35.6	Netzhautblutung	25
17	H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	25
18	H27.0	Aphakie	24
19	H02.3	Blepharochalasis	22
20	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	21
21	H02.4	Ptosis des Augenlides	21
22	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	20
23	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	18
24	B00.5	Augenkrankheit durch Herpesviren	17

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
25	B02.3	Zoster ophthalmicus	17
26	H11.0	Pterygium	16
27	H02.1	Ektropium des Augenlides	14
28	H20.9	Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet	14
29	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	13
30	H43.3	Sonstige Glaskörpertrübungen	12

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	H25	Cataracta senilis	645
2	H40	Glaukom	400
3	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	389
4	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	276
5	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	119
6	H43	Affektionen des Glaskörpers	97
7	H34	Netzhautgefäßverschluss	67
8	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	53
9	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	48
10	H16	Keratitis	47

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	619
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	280
3	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	250
4	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	238
5	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	102
6	H43.1	Glaskörperblutung	81
7	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	58
8	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	53

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
9	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	48
10	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	36
11	H16.0	Ulcus corneae	36
12	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	30
13	H40.0	Glaukomverdacht	28
14	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	27
15	H47.2	Optikusatrophie	26
16	H35.6	Netzhautblutung	25
17	H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	25
18	H27.0	Aphakie	24
19	H02.3	Blepharochalasis	22
20	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	21
21	H02.4	Ptosis des Augenlides	21
22	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	20
23	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	18
24	B02.3	Zoster ophthalmicus	17
25	B00.5	Augenkrankheit durch Herpesviren	17
26	H11.0	Pterygium	16
27	H20.9	Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet	14
28	H02.1	Ektropium des Augenlides	14
29	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	13
30	H43.3	Sonstige Glaskörpertrübungen	12

### B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	816
2	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	574



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	271
4	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	228
5	5-158.43	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölimplantation	167
6	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	129
7	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölentfernung	116
8	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	110
9	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	87
10	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	86
11	5-160.3	Orbitotomie: Transkutaner anteriorer Zugang	81
12	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	79
13	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	77
14	5-156.1	Andere Operationen an der Retina: Retinektomie	73
15	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	68
16	5-093.3	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Operation an den Lidretraktoren	56
17	5-157.0	Andere Operationen an der Choroidea: Subretinale Drainage	56
18	5-158.41	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Luft	52
19	5-154.0	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Kryopexie	51
20	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	45
21	5-096.x	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Sonstige	45
22	5-091.31	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	41
23	1-999.1	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren	38

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-142.3	Kapsulotomie der Linse: Nachstarabsaugung	37
25	5-132.20	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklphotokoagulation: Offen chirurgisch	37
26	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	35
27	5-137.4	Andere Operationen an der Iris: Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)	34
28	5-138.10	Operationen an der Sklera: Naht der Sklera: Primäre Naht	33
29	5-136.x	Andere Iridektomie und Iridotomie: Sonstige	31
30	5-132.1	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklokryotherapie	30

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	847
2	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	788
3	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	628
4	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	271
5	1-220	Messung des Augeninnendruckes	228
6	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	217
7	5-156	Andere Operationen an der Retina	152
8	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	142
9	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	98
10	5-160	Orbitotomie	84

### B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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
<b>2</b>	<b>AUGENAMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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
<b>3</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)

<b>3</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Behandlung von Notfällen (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	1052
2	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	247
3	5-142	Kapsulotomie der Linse	126
4	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	106
5	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	76
6	5-129	Andere Operationen an der Kornea	17
7	5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	10
8	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	9
9	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	8
10	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	4

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

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

## B-[10].11 Personelle Ausstattung

### B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	11,73	11,62	0,11	3,05	8,68	284,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,81	5,70	0,11	1,50	4,31	572,4

**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-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Augenheilkunde

**B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung****B-[10].11.2 Pflegepersonal**

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	22,83	22,83	0,00	1,50	21,33	115,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2467,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,93	1,93	0,00	0,00	1,93	1278,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,95	6,95	0,00	1,04	5,91	417,4

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

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

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement

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

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

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

### B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

### B-[11].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html</a>

## 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 von zerebrovaskulären Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
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</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 21.12.2016). Sie ist das Spezialzentrum zur Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz.</i>



## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

20 Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

*Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).*

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	3740
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	563
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	372
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	248
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	173
5	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	91
6	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	89
7	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	81
8	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	73
9	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	51
10	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	50
11	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	49
12	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	48
13	R20.1	Hypästhesie der Haut	45
14	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	45
15	G44.2	Spannungskopfschmerz	44

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
16	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	39
17	H81.2	Neuropathia vestibularis	39
18	R51	Kopfschmerz	38
19	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	37
20	R42	Schwindel und Taumel	37
21	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	37
22	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	35
23	R55	Synkope und Kollaps	33
24	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	33
25	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	30
26	G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	29
27	G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	27
28	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	25
29	R20.2	Parästhesie der Haut	25
30	G70.0	Myasthenia gravis	23

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I63	Hirnfarkt	1083
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	441
3	G40	Epilepsie	382
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	164
5	I61	Intrazerebrale Blutung	94
6	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	93
7	H81	Störungen der Vestibularfunktion	89
8	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	75
9	G62	Sonstige Polyneuropathien	72
10	G43	Migräne	57

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	563
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	372
3	G45.1	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)	283
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	173
5	G35.1	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf	110
6	G45.0	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik	107
7	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	81
8	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	73
9	G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung	52
10	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	51
11	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	50
12	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	49
13	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	48
14	G62.8	Critical-illness-Polyneuropathie	45
15	R20.1	Hypästhesie der Haut	45
16	G44.2	Spannungskopfschmerz	44
17	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	39
18	H81.2	Neuropathia vestibularis	39
19	R51	Kopfschmerz	38

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
20	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	37
21	R42	Schwindel und Taumel	37
22	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	37
23	R55	Synkope und Kollaps	33
24	G45.4	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]	32
25	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	30
26	G20.0	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung	30
27	G91.2	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus	29
28	G35.3	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf	28
29	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	25
30	R20.2	Parästhesie der Haut	25

## B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2276
2	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1950
3	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	795
4	1-205	Elektromyographie (EMG)	791
5	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	583
6	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	574
7	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	476
8	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	470
9	1-206	Neurographie	398

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	291
11	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	243
12	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	199
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	181
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	167
15	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	162
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	108
17	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	92
18	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	73
19	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	65
20	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	55
21	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	42
22	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	42
23	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	40
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	39
25	8-821.0	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Immunadsorption mit nicht regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen	37
26	1-902.1	Testpsychologische Diagnostik: Komplex	35
27	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	30
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	28
29	1-902.0	Testpsychologische Diagnostik: Einfach	26
30	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	22

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2276
2	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	1971
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1265
4	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	909
5	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	589
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	545

## B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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
<b>2</b>	<b>AMBULANZ FÜR MULTIPLE SKLEROSE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>

<b>2</b>	<b>AMBULANZ FÜR MULTIPLE SKLEROSE</b>
	Therapieeinleitung und Überwachung
	Differentialdiagnostische Abklärung einer Multiplen Sklerose
	Indikationsprüfung einer immunmodulatorischen Therapie
	Behandlung symptomatischer Beschwerden
	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
	<i>Auf Überweisung durch Nervenärzte und Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.</i>
<b>3</b>	<b>BOTULINUMTOXIN-AMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>
<b>4</b>	<b>NEUROPHYSIOLOGISCHE AMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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 Hirmpotentiale oder magnetisch evozierter Potentiale</i>
<b>5</b>	<b>GEFÄßAMBULANZ NEUROLOGIE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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>
<b>6</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden

<b>6</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

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

## B-[11].11 Personelle Ausstattung

### B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	28,35	28,35	0,00	3,26	25,09	149,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,72	9,72	0,00	1,12	8,60	434,9

**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].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie

### B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Geriatric
2	Intensivmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie



## B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	44,69	44,69	0,00	1,27	43,42	86,1
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,87	2,87	0,00	0,00	2,87	1303,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,86	0,86	0,00	0,00	0,86	4348,8
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,63	1,63	0,00	0,00	1,63	2294,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,31	1,31	0,00	0,00	1,31	2855,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement
7	Stroke Unit Care

## B-[12] Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/index_ger.html</a>

### B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3300) Strahlenheilkunde
2	(3200) Nuklearmedizin

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

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

### B-[12].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/index_ger.html</a>

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

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	857
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	201
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	107
3	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	75
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	66
5	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	27
6	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	27
7	C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	19
8	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	18
9	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	18
10	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	18
11	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	17
12	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	17
13	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	16
14	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	13
15	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	11
16	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	11
17	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	10
18	C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis	9
19	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	8
20	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	8
21	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	7
22	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	7
23	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	7
24	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	6
25	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	5
26	C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet	5
27	C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	5
28	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
29	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	5
30	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	5

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	303
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	107
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	66
4	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	55
5	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	44
6	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	43
7	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	31
8	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	27
9	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	24
10	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	18

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	201
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	107
3	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	75
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	66
5	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	27
6	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	27
7	C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	19
8	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	18
9	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	18

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	18
11	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	17
12	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	17
13	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	16
14	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	13
15	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	11
16	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	11
17	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	10
18	C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis	9
19	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	8
20	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	8
21	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	7
22	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	7
23	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	7
24	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	6
25	C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet	5
26	C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	5
27	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	5
28	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	5
29	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	5
30	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	5

## B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	2743
2	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	330
3	8-531.00	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	255
4	8-528.9	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan	235
5	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	214
6	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	147
7	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	108
8	3-721.01	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie in Ruhe: Mit EKG-Triggerung	101
9	8-531.10	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	97
10	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	96
11	3-721.21	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie unter pharmakologischer Belastung: Mit EKG-Triggerung	87
12	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	84
13	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	76
14	3-709.x	Szintigraphie des Lymphsystems: Sonstige	75
15	8-542.31	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 1 Medikament	75
16	3-705.1	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Mehr-Phasen-Szintigraphie	72
17	3-70c.00	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	67



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	67
19	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	59
20	8-542.41	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 1 Medikament	55
21	8-542.51	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	45
22	8-531.11	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	44
23	8-528.8	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, ohne 3D-Plan	34
24	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	29
25	8-522.30	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	27
26	3-721.11	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie unter physischer Belastung: Mit EKG-Triggerung	20
27	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	18
28	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	18
29	3-703.2	Szintigraphie der Lunge: Perfusions- und Ventilationsszintigraphie	17
30	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	17

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	3220
2	8-531	Radiojodtherapie	413
3	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	394
4	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	269
5	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	214
6	3-70c	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	70

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
7	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	63

## B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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
2	FACHBEREICH STRAHLENTHERAPIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[12].11 Personelle Ausstattung

### B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	6,45	6,45	0,00	2,28	4,17	205,5

- davon Fachärzte und Fachärztinnen 2,63 2,63 0,00 0,93 1,70 504,1

**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-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Strahlentherapie

### B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[12].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	14,33	14,33	0,00	0,00	14,33	59,8

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,18	1,18	0,00	0,71	0,47	1823,4
--	------	------	------	------	------	--------

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Pflege in der Onkologie

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
5	Pflege in der Nephrologie
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement

## B-[13] Hautklinik

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

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

#### B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3400) Dermatologie

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

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

#### B-[13].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hautklinik/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hautklinik/ index_ger.html</a>

### B-[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	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
24	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
25	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Kindersprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Nagelsprechstunde, Onkosprechstunde</i>
26	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Nottfällen (24h)</i>
27	Hauttumorzentrum

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung 22.07.2015)	

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	2745
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	802
2	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	165
3	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	112
4	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	81
5	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	71
6	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	63
7	B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	61
8	A46	Erysipel [Wundrose]	60
9	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	54
10	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	52
11	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	45
12	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	44
13	L40.0	Psoriasis vulgaris	43
14	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	42
15	T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	41
16	L12.0	Bullöses Pemphigoid	36

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
17	L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	36
18	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	30
19	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	30
20	B02.9	Zoster ohne Komplikation	26
21	L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	25
22	D48.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe	23
23	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	23
24	C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	22
25	C00.0	Bösartige Neubildung: Äußere Oberlippe	21
26	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	19
27	D03.6	Melanoma in situ der oberen Extremität, einschließlich Schulter	18
28	D03.5	Melanoma in situ des Rumpfes	18
29	D03.7	Melanoma in situ der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	17
30	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	16

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1287
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	255
3	L30	Sonstige Dermatitis	122
4	D03	Melanoma in situ	101
5	B02	Zoster [Herpes zoster]	91
6	L40	Psoriasis	63
7	D04	Carcinoma in situ der Haut	62
8	A46	Erysipel [Wundrose]	60
9	T88	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	43
10	L12	Pemphigoidkrankheiten	38



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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	802
2	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	165
3	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	112
4	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	81
5	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	71
6	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	63
7	B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	61
8	A46	Erysipel [Wundrose]	60
9	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	54
10	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	52
11	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	45
12	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	44
13	L40.0	Psoriasis vulgaris	43
14	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	42
15	T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	41
16	L12.0	Bullöses Pemphigoid	36
17	L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	36
18	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	30

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
19	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	30
20	B02.9	Zoster ohne Komplikation	26
21	L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	25
22	D48.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe	23
23	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	23
24	C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	22
25	C00.0	Bösartige Neubildung: Äußere Oberlippe	21
26	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	19
27	D03.6	Melanoma in situ der oberen Extremität, einschließlich Schulter	18
28	D03.5	Melanoma in situ des Rumpfes	18
29	D03.7	Melanoma in situ der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	17
30	L30.3	Ekzematoide Dermatitis	16

## B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	1091
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	1004
3	8-191.40	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Überknüpfpolsterverband, großflächig: Ohne Immobilisation durch Gipsverband	485
4	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	440
5	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	412
6	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	369

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	5-913.54	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	348
8	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	329
9	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	316
10	5-913.84	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), großflächig: Sonstige Teile Kopf	275
11	5-913.24	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	232
12	8-191.x	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige	218
13	5-895.1a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	168
14	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	156
15	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	149
16	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	147
17	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	139
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	133
19	5-913.b4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Sonstige Teile Kopf	125
20	5-916.7a	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	114
21	5-906.04	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Sonstige Teile Kopf	97
22	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	92
23	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	90
24	5-913.5a	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Brustwand und Rücken	84

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	5-902.44	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	84
26	5-895.1f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	77
27	5-903.55	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Hals	75
28	5-217.2	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Nasenrücken	75
29	5-895.15	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hals	73
30	5-902.24	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	71

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	2127
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2070
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1642
4	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	1594
5	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	936
6	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	546
7	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	406
8	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	377
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	346
10	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	254

### B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Ästhetische Dermatologie
	Diagnostik und Therapie von Allergien

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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
<b>2</b>	<b>HAUTAMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Kindersprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Nagelsprechstunde, Onkosprechstunde
	<i>Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich</i>
<b>3</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	6
2	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 4

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

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

## B-[13].11 Personelle Ausstattung

## B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,08	12,08	0,00	2,44	9,64	284,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,58	4,58	0,00	0,93	3,65	752,1

### 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-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

## B-[13].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	21,35	21,35	0,00	0,54	20,81	131,9
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,98	0,98	0,00	0,00	0,98	2801,0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,49	3,49	0,00	2,00	1,49	1842,3
--	------	------	------	------	------	--------

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Pflege in der Onkologie
4	Operationsdienst
5	Pflege in der Nephrologie
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Bobath
4	Kontinenzmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement

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

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

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

### B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

### B-[14].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/mund_kiefer_und_plastische_gesichtschirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/mund_kiefer_und_plastische_gesichtschirurgie/index_ger.html</a>



## B-[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 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 <i>Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. (Erstzertifizierung 07.06.2016)</i>

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

Vollstationäre Fallzahl:	1129
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	108
2	K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	95
3	K02.5	Karies mit freiliegender Pulpa	77
4	K10.28	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer	67
5	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	66
6	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	43
7	S02.2	Nasenbeinfraktur	43
8	S02.69	Unterkieferfraktur: Mehrere Teile	39
9	C14.8	Bösartige Neubildung: Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	38
10	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	34
11	K10.21	Maxillärer Abszess mit Angabe einer Ausbreitung nach retromaxillär oder in die Fossa canina	31
12	S06.0	Gehirnerschütterung	24
13	K08.2	Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes	24
14	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	23
15	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	19
16	S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae	19
17	K02.1	Karies des Dentins	18
18	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	18
19	K05.3	Chronische Parodontitis	16
20	K09.0	Entwicklungsbedingte odontogene Zysten	11
21	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	10

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
22	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	9
23	K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	9
24	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	9
25	S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile	9
26	S02.66	Unterkieferfraktur: Symphysis mandibulae	8
27	D16.5	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	8
28	K11.2	Sialadenitis	8
29	C44.8	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut, mehrere Teilbereiche überlappend	7
30	J34.1	Zyste oder Mukozele der Nase und der Nasennebenhöhle	6

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	288
2	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	114
3	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	107
4	K02	Zahnkaries	100
5	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	71
6	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	63
7	C14	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	38
8	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	38
9	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	34
10	S06	Intrakranielle Verletzung	26

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K12.2	Mund- (Boden-) Phlegmone	113
2	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	108
3	S02.6	Unterkieferfraktur	104
4	K10.2	Entzündliche Zustände der Kiefer	102

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
5	K02.5	Karies mit freiliegender Pulpa	77
6	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	66
7	K07.1	Anomalien des Kiefer- Schädelbasis-Verhältnisses	43
8	S02.2	Nasenbeinfraktur	43
9	C14.8	Bösartige Neubildung: Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	38
10	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	34
11	K08.2	Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes	24
12	S06.0	Gehirnerschütterung	24
13	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	19
14	K02.1	Karies des Dentins	18
15	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	18
16	K05.3	Chronische Parodontitis	16
17	K09.0	Entwicklungsbedingte odontogene Zysten	11
18	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	10
19	S01.5	Offene Wunde der Lippe und der Mundhöhle	10
20	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	9
21	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	9
22	D16.5	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	8
23	K11.2	Sialadenitis	8
24	C44.8	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut, mehrere Teilbereiche überlappend	7
25	K08.3	Verbliebene Zahnwurzel	6
26	J34.1	Zyste oder Mukozele der Nase und der Nasennebenhöhle	6

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
27	Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte	6
28	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	5
29	K07.3	Zahnstellungsanomalien	5
30	C06.0	Bösartige Neubildung: Wangenschleimhaut	5

## B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	432
2	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	234
3	5-240.2	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes: Osteotomie des Alveolarkammes [Alveolotomie]	161
4	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	125
5	5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	123
6	5-769.2	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	99
7	5-279.0	Andere Operationen am Mund: Operative Blutstillung	99
8	5-770.7	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	65
9	5-984	Mikrochirurgische Technik	65
10	5-230.1	Zahnextraktion: Mehrwurzeliger Zahn	60
11	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	59
12	5-244.20	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	58
13	5-225.5	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer oroantralen Fistel	58
14	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	58
15	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	57

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	5-770.5	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)	57
17	5-057.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Hirnnerven extrakraniell	55
18	5-273.1	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Inzision und Drainage, vestibulär subperiostal	51
19	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	51
20	5-166.04	Revision und Rekonstruktion von Orbita und Augapfel: Plastische Rekonstruktion der Orbita: Mit alloplastischem Material	48
21	5-770.11	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Entfernung eines Sequesters	47
22	5-230.5	Zahnextraktion: Sämtliche Zähne	46
23	5-230.0	Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn	46
24	5-270.5	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär	41
25	5-403.02	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 3 Regionen	40
26	5-167.2	Rekonstruktion der Orbitawand: Mit alloplastischem Material	36
27	5-77b.0	Knochen transplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen: Transplantation von Spongiosa, autogen	35
28	5-249.2	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen: Operative Fixation eines kieferorthopädischen Gerätes	35
29	5-783.0d	Entnahme eines Knochen transplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken	35
30	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	34

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-241	Gingivoplastik	467
2	5-230	Zahnextraktion	299
3	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	288
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	258

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
5	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	214
6	5-240	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes	163
7	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	139
8	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	111
9	5-279	Andere Operationen am Mund	102
10	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	83

## B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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
<b>2</b>	<b>MKPG-AMBULANZ</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Sprechstunden zu: Tumore/ Schleimhautveränderungen, Dysgnathie/ Kiefergelenkerkrankungen, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten/Fehlbildungen, Implantologie/Knochenaufbauverfahren, Ästhetische Gesichtschirurgie
<b>3</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	54
2	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	22
3	5-241	Gingivaplastik	6
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
5	5-240	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes	< 4
6	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4

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

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

## B-[14].11 Personelle Ausstattung

### B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,09	9,09	0,00	1,59	7,50	150,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,97	4,97	0,00	0,87	4,10	275,4

#### 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-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie



FACHARTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARTZ- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
2	Zahnmedizin
3	Oralchirurgie

### B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Plastische Operationen

### B-[14].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,80	9,80	0,00	1,90	7,90	142,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,18	0,18	0,00	0,00	0,18	6272,2
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,15	0,15	0,00	0,00	0,15	7526,7
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,48	0,48	0,00	0,00	0,48	2352,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,60	0,60	0,00	0,00	0,60	1881,7

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

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

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Kinästhetik
2	Kontinenzmanagement
3	Qualitätsmanagement
4	Schmerzmanagement
5	Wundmanagement
6	Palliative Care

## B-[15] Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_und_operative_intensivmedizin/index_qer.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_und_operative_intensivmedizin/index_qer.html</a>

### B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

### B-[15].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_und_operative_intensivmedizin/index_qer.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_und_operative_intensivmedizin/index_qer.html</a>

## 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	Klinische Anästhesiologie, Schmerztherapie und Operative Intensivmedizin <i>Die Klinik ist für die Durchführung von über 19.000 Anästhesieleistungen pro Jahr bei operativen u. diagnostischen Eingriffen verantwortlich, die Betreuung schwerstkranker Patienten auf der operativen Intensivstation sowie für die Therapie akuter u. chronischer Schmerzzustände verantwortlich.</i>
2	Operative Intensivmedizin <i>Auf der operativen Intensivstation werden jährlich ca. 1.400 Patienten aller Altersstufen betreut (vorwiegend postoperative Patienten).</i>
3	Schmerztherapie <i>Individuelle medikamentöse u. nichtmedikamentöse Therapiekonzepte, Schmerzpumpen (PCA), Periduralkatheter (PDK,PDA) mit Pumpen , interdisziplinäre Betreuung v. Tumorpatienten, Akupunktur, TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation), periphere Nervenblockaden</i>
4	Akutschmerzdienst <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>
5	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Prämedikationsambulanz</i>
6	Notfallmedizin <i>Eine Verfügbarkeit des Notfallteams auf der Operativen Intensivstation ist rund um die Uhr sichergestellt. Zusätzlich stellt die Klinik 2/3 der Notärzte des Klinikums Ludwigshafen.</i>

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	105
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-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	9
2	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	5
3	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	4
4	R57.2	Septischer Schock	4
5	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
6	J86.0	Pyothorax mit Fistel	< 4
7	I35.0	Aortenklappenstenose	< 4
8	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	< 4
9	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	< 4
10	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	< 4
11	K91.83	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	< 4
12	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	< 4
13	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	< 4
14	D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten: Pankreas	< 4
15	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	< 4
16	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
17	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
18	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	< 4
19	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	< 4
20	K45.1	Sonstige näher bezeichnete abdominale Hernien mit Gangrän	< 4
21	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
22	K61.1	Rektalabszess	< 4
23	J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	< 4
24	C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
25	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
26	T40.2	Vergiftung: Sonstige Opioide	< 4
27	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	< 4
28	C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	< 4
29	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	< 4
30	C22.0	Leberzellkarzinom	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	10
2	J86	Pyothorax	8
3	A41	Sonstige Sepsis	7
4	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	6
5	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	6
6	R57	Schock, anderenorts nicht klassifiziert	4
7	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	4
8	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	< 4
9	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	9
2	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	5
3	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	4
4	R57.2	Septischer Schock	4
5	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
6	I35.0	Aortenklappenstenose	< 4
7	J86.0	Pyothorax mit Fistel	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
8	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
9	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
10	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	< 4
11	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	< 4
12	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	< 4
13	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	< 4
14	K91.8	Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung	< 4
15	D37.7	Neubildung unsicheren oder unbekanntens Verhaltens: Pankreas	< 4
16	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	< 4
17	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	< 4
18	K66.1	Hämoperitoneum	< 4
19	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	< 4
20	K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	< 4
21	I20.0	Instabile Angina pectoris	< 4
22	K85.1	Biliäre akute Pankreatitis	< 4
23	C22.0	Leberzellkarzinom	< 4
24	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	< 4
25	K61.1	Rektalabszess	< 4
26	D14.3	Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge	< 4
27	J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	< 4
28	C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	< 4
29	I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen	< 4
30	L03.3	Phlegmone am Rumpf	< 4

## B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	716
2	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	572
3	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	389
4	8-900	Intravenöse Anästhesie	304
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	250
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	222
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	220
8	8-701	Einfache endotracheale Intubation	203
9	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	157
10	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	91
11	8-925.00	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit Stimulationselektroden	77
12	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	58
13	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	44
14	5-312.0	Permanente Tracheostomie: Tracheotomie	43
15	8-144.1	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	35
16	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	33
17	8-901	Inhalationsanästhesie	32
18	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	31
19	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	31



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	8-925.0x	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Sonstige	27
21	5-311.0	Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie	26
22	8-176.2	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	25
23	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinelumig, sonstiger Katheter	23
24	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	23
25	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	23
26	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	21
27	8-800.c2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE	20
28	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	20
29	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	18
30	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	18

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	760
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	594
3	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	573
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	260
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	250
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	220

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	203
8	5-916	Temporäre Weichteildeckung	21

## B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Narkosevorbereitung (Anamnese, Aufklärung, Wahl des Narkoseverfahrens)
<b>2</b>	<b>PRÄMEDIKATIONSAMBULANZ</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Narkosevorbereitung (Anamnese, Aufklärung, Wahl des Narkoseverfahrens)
<b>3</b>	<b>NOTFALLMEDIZIN</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Eine Verfügbarkeit des Notfallteams auf der Operativen Intensivstation ist rund um die Uhr sichergestellt. Zusätzlich stellt die Klinik 2/3 der Notärzte des Klinikums Ludwigshafen

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

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

## B-[15].11 Personelle Ausstattung

### B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	54,22	54,22	0,00	2,62	51,60	2,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	36,27	36,27	0,00	1,75	34,52	3,0

**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-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

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

**B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Spezielle Schmerztherapie
3	Notfallmedizin

**B-[15].11.2 Pflegepersonal**

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	64,24	64,24	0,00	3,20	61,04	1,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,04	2,04	0,00	0,00	2,04	51,5

**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**

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

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Qualitätsmanagement
4	Schmerzmanagement
5	Wundmanagement

## B-[16] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/ physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html</a>

### B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Dr. Henry Kohler, Ärztliche Leitung seit 10/2017
Telefon:	0621 503 3651
Fax:	0621 503 3660
E-Mail:	prm@klilu.de
<b> </b>	
Name/Funktion:	Monique Zabel, Leitende Therapeutin
Telefon:	0621 503 3650
Fax:	0621 503 3654
E-Mail:	prm@klilu.de

### B-[16].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/ physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html</a>

## 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	Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
2	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath Konzept, PNF)
3	Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie
4	Orthopädische konservative Behandlung
5	Manuelle Therapie, Fascientechniken nach Typaldos
6	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
7	Massage: Klassische und Spezialmassagen
8	Physikalische Therapie
9	Stationäre Herzsportgruppe
10	Chirotherapie
11	Chirodiagnostik
12	Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).
13	Manuelle Lymphdrainage/Kompressionsbehandlung
14	Funktionelle Beckenbodenarbeit
15	Ergotherapie/Arbeitstherapie
16	Atemgymnastik/-therapie

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

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

## B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	577

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

## B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

## B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

## B-[16].11 Personelle Ausstattung

### B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	0,31	0,31	0,00	0,00	0,31	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,31	0,31	0,00	0,00	0,31	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-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Orthopädie und Unfallchirurgie

### B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Physikalische Therapie und Balneologie
2	Manuelle Medizin/Chirotherapie
3	Sportmedizin
4	Sozialmedizin

### B-[16].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	1,36	1,36	0,00	0,00	1,36	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-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse****B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

## B-[17] Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html</a>

### B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

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

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

### B-[17].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html</a>

## 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:

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

## B-[17].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
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>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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 (Darm-, Magen-, Pankreaszentrum)</i>

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

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

### B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4908
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	2571
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2521
4	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	2204
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2075
6	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	1182
7	3-202	Native Computertomographie des Thorax	1098
8	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	785
9	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	706
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	655
11	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	654
12	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	599
13	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	507
14	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	493
15	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	427

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	389
17	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	354
18	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	316
19	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	295
20	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	246
21	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	224
22	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	172
23	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	167
24	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	158
25	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	156
26	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	143
27	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	135
28	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel	122
29	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	103
30	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	92

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

### B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARTZTES
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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
	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	Quantitative Bestimmung von Parametern
	Tumorembolisation
<b>2</b>	<b>RHEUMAAMBULANZ</b>
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<i>Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.</i>
<b>3</b>	<b>VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Einsatz aller diagnostischen Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
	<i>Einsatz aller diagnostischen Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.</i>
<b>4</b>	<b>BRUSTSPRECHSTUNDE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Stereotaktische Biopsie
	Tomosynthese
	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	<i>Vakuumstanzbiopsie</i>
<b>5</b>	<b>NOTFALLAMBULANZ (24H)</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Notfalldiagnostik</i>

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

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

## B-[17].11 Personelle Ausstattung

### B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,55	16,03	0,52	3,60	12,95	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	12,49	11,97	0,52	2,69	9,80	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 Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[17].11.2 Pflegepersonal

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

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,26	5,26	0,00	0,55	4,71	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].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

### **B-[17].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**



## B-[18] Institut für Pathologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Pathologie
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/ index_ger.html</a>

### B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

---

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

### B-[18].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/ index_ger.html</a>

## B-[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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[18].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

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

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

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

## B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>FACHBEREICH PATHOLOGIE</b>
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Histologische Untersuchungen von Gewebeproben
	Molekulapathologie, Molekulare Tumordiagnostik
	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>

## B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[18].11 Personelle Ausstattung

### B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,00	6,98	0,02	2,32	4,68	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,41	3,39	0,02	1,13	2,28	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 Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Pathologie

### B-[18].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[18].11.2 Pflegepersonal

Die MTLA's der Pathologie werden im A-Teil (unter 11.4 Spezielles therapeutisches Personal) abgebildet.

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,20	0,20	0,00	0,00	0,20	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].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

### B-[18].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

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

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html</a>

### B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

### B-[19].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html</a>

### B-[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:

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten</p> <p><i>- Bakteriologische Untersuchungen inkl. Tuberkulose - Mykologische Untersuchungen - Parasitologische Untersuchungen - Virologische Untersuchungen - Infektionsserologische Untersuchungen - Tests zur Resistenzüberprüfung von Krankheitserregern</i></p>
2	<p>Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie"</p> <p><i>Hierzu gehören Labormedizinische Untersuchungen wie z. B. Elektrolyte, Leberwerte, Nierenwerte, Fettstoffwechsel, Risikoprofile, Diabetesdiagnostik und -kontrolle, Eisenstoffwechsel, Spurenelemente, Säure-Basen-Haushalt</i></p>
3	<p>Harn- und Stuhluntersuchungen</p> <p><i>Blut im Stuhl, Enzymaktivitäten des Verdauungstraktes, Urinsediment, Urinstreifentest, Schwangerschaftstest, Elektrolyte, Proteine, Mineralien</i></p>
4	<p>Hormonbestimmungen</p> <p><i>Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Hypophyse, Nebennierenrindenhormone etc.</i></p>
5	Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
6	<p>Medikamentenspiegelbestimmungen</p> <p><i>Antibiotika, Zytostatika sowie Antiepileptika</i></p>
7	<p>Toxikologie</p> <p><i>Drogennachweise, Bestimmung des Alkoholspiegel, Vergiftungen</i></p>
8	<p>Point of Care Testing</p> <p><i>- Blutzuckerbestimmungen - Blutgasbestimmungen inklusive Oximetrie - Urinteststreifen-Diagnostik - HCG-Bestimmung im Urin - Influenza A und B (Schnelltest)</i></p>
9	<p>Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten</p> <p><i>Molekulargenetischer Nachweis von intra- und extrazellulären Bakterien; qualitativer und quantitativer Nachweis von Viren in menschlichen Untersuchungsmaterialien.</i></p>
10	<p>Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen</p> <p><i>Molekulargenetischer Nachweis von somatischen, therapielevanten Veränderungen in operativ und bioptisch gewonnenem Tumorgewebe.</i></p>
11	<p>Molekulare Diagnostik und Genetik mitochondrialer Erkrankungen</p> <p><i>Ein Spezialgebiet des Instituts ist die biochemische und molekulargenetische Diagnostik mitochondrialer Erkrankungen. Diese Diagnostik steht sowohl den Fachabteilungen des Klinikums als auch externen Einsendern zur Verfügung.</i></p>
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 &amp; Reinigung - Mikro. Überprüfung Arzneimittel, Umgebungsuntersuchungen z.B. Wasser, 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>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
15	Präparative Stammzellapheresen (autolog)
16	Hämatologie <i>Die Bestimmung von Blutbildern, Differentialblutbildern und durchflusszytometischer Diagnostik aus Blut, Knochenmark und Punktaten erfolgt im ILHT</i>
17	Autoimmundiagnostik
18	Diagnostik von Gerinnungsstörungen <i>Spezielle laboranalytische Diagnostik des Blutgerinnungssystems als Grundlage für die Beratung und Therapie der stationären Patienten sowie für Patienten im MVZ.</i>
19	Liquor-Diagnostik

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

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

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

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

## B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten
	Präparative Stammzellapheresen
	Diagnostik von Gerinnungsstörungen
	Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen
	Liquor-Diagnostik
	Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
	Point of Care Testing
	Spezialsprechstunden (Humangenetische Beratung, Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels)
	Medikamentenspiegelbestimmungen
	Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten
	Toxikologie
	Harn- und Stuhluntersuchungen

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Transfusionsmedizin
	Hormonbestimmungen
	Hämatologie
	Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie"
	Autoimmundiagnostik
<b>2</b>	<b>FACHBEREICH LABORATORIUMS- UND TRANSFUSIONSMEDIZIN</b>
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostik von Gerinnungsstörungen
	Peritransfusionelle Labordiagnostik, Immunhämatologie
	<i>Gerinnungsambulanz</i>
<b>3</b>	<b>AMBULANZ FÜR MITOCHONDRIALE MEDIZIN UND STÖRUNGEN DES ENERGIESTOFFWECHSELS</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Diagnostische und therapeutische Beratung von Patienten, behandelnden Ärzten und Angehörigen

## 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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,49	9,49	0,00	2,73	6,76	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,19	6,19	0,00	1,80	4,39	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 Fachexpertise der Abteilung**

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

**B-[19].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Hämostaseologie
2	Labordiagnostik - fachgebunden -

**B-[19].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.
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	14,15	14,15	0,00	1,06	13,09	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].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte  
Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

**B-[19].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung -  
Zusatzqualifikation**

## B-[20] Apotheke

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Apotheke
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/index_ger.html">https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/ index_ger.html</a>

#### B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

#### B-[20].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/index_ger.html">https://www.kliilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/ index_ger.html</a>

### 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	Arzneimittelversorgung <i>Belieferung der Stationen und Bereiche für ambulante und stationäre Patienten mit Arzneimitteln, Infusionen, Röntgenkontrastmitteln und Verbandstoffen</i>
2	Erstellung und Fortentwicklung der Arzneimittelliste <i>Über die interdisziplinär besetzte Arzneimittelkommission wird entschieden, welche Arzneimittel im Klinikum zur Therapie eingesetzt und benötigt werden. Die ca. 1.500 ausgewählten Präparate werden in einer klinikinternen verbindlichen Arzneimittelliste zusammengefasst.</i>
3	Arzneimittelherstellung <i>In der Rezeptur/Defektur werden Salben, Cremes, Lösungen, Lotionen, Kapseln, Tropfen hergestellt. Im Sterilbereich erfolgt die aseptische Herstellung von patientenindividuellen Zytostatikazubereitungen, Augenarzneimitteln, spez. Zubereitungen zur patientengesteuerten Analgesie u. Studienmedikamenten</i>
4	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Beantwortung der Anfragen von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich Dosierung, Dosisanpassung, Applikation, Kompatibilitäten, Interaktionen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln</i>
5	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Durchführung der Arzneimittelanamnese im Rahmen der Patientenaufnahme</i>
6	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Die Beratung der Ärzte zur individuellen Arzneimitteltherapie von Patienten auf Station</i>
7	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Bereitstellung von Informationen zu gelisteten Arzneimitteln</i>
8	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Umsetzungsempfehlungen für Hausmedikationen durch Apotheker auf Station</i>
9	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Bewertung von neuen Präparaten</i>
10	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Erfassung, Bewertung und Weiterleitung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen</i>
11	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Erstellung von Verbrauchsstatistiken, Beratung zum Arzneimittelverbrauch, Vergleich von Therapiekosten bei vergleichbarer Wirksamkeit</i>
12	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Qualitätskontrolle des Umgangs von 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>

## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

16 Pharmazeutische Dienstleistungen  
*Leitung des hauseigenen antibiotic-stewardship-Gremiums*

17 Zertifizierung durch die Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz (Re-Zertifizierung Oktober 2017)

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

#### B-[20].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

#### B-[20].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

#### B-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[20].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

### B-[20].11 Personelle Ausstattung

In der Apotheke sind folgende Personengruppen beschäftigt:

Personengruppe	VK
Leitende(r) Apotheker(in)	1,0
Fachapotheker(in)	2,25
Apotheker(in)	1,0
Pharmazeutisch-Kaufm. Assistent(in)	3,87
Pharmazeutisch-Techn. Assistent(in)	4,99
Praktikant(in)	1,37
Auszubildende(r) (PKA)	1,0
Hilfskraft	1,0
Sachbearbeiter(in)	0,52
<b>Gesamt</b>	<b>18</b>

**B-[20].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

**B-[20].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

**B-[20].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte  
Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

**B-[20].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung -  
Zusatzqualifikation**

## 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	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacher: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	248	100
2	Herzschrittmacher: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	55	100
3	Herzschrittmacher: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	30	100
4	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation (09/4)	107	100
5	Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel (09/5)	59	100
6	Implantierbare Defibrillatoren- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/6)	58	100
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	127	100
8	Gynäkologische Operationen (15/1)	374	100
9	Geburtshilfe (16/1)	561	99,5
10	Mammachirurgie (18/ 1)	243	101,2
11	Dekubitusprophylaxe (DEK)	630	100,2

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
12	Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH)	864	100,1
13	Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplant (HCH_AORT_KATH_	219	98,6
14	Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplant (HCH_AORT_KATH_	4	100
15	Neonatologie (NEO)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
16	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	371	99,7

## C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

### C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

#### C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,63 % - 4,07 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	248
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51191
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,18 % - 4,48 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	3,45
Grundgesamtheit	248
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>3</b>	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden</b>
----------	--

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,44 % - 95,55 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	827
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	878
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

4 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52311</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,92 % - 6,75 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,33 % - 1,5 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	248
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Der Prozessablauf wurde geändert, es werden andere Sondenmodelle verwendet.
5 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags	
Kennzahl-ID	54139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie 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/eh1150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,22 % - 99,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	235
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	240
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. 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	
Vertrauensbereich	96,28 % - 99,56 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	230
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	233
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7	<b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54141</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 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/eh150.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	93,93 % - 98,54 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	96,27 % - 96,54 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	226
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	233
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
8	<b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54142</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 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/eh1150.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 1,62 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,17 % - 0,24 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	233
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>9</b>	<b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte</b>	
	Kennzahl-ID	<b>54143</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0,67 % - 4,33 %
-------------------	-----------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,58 % - 1,77 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	233

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 10 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1096</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 6,53 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,06 % - 0,16 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	55
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich; Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>11</b>	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51398</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	55
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
12 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden	
Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	97,18 % - 99,91 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	97,67 % - 97,88 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	196
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	197

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 13 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1089</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,57 % - 0,87 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	30
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>14</b>	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51404</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,86 % - 1,15 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15

#### Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden

Kennzahl-ID	52315
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 1 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	21

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich; Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 16 Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50005</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleich-bedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich	88,3 % - 97,4 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	95,98 % - 96,45 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	101	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	107	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
<b>17</b>	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
Kennzahl-ID	<b>50017</b>	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,79 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18

#### Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	51186
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

0,93 % - 1,25 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

19

#### Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden

Kennzahl-ID

52316

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	88,86 % - 94,08 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 96,05 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	394
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	429

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 20 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52325</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,6 % - 0,81 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>21</b>	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50030</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 6,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	59
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50031</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierter Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,13 % - 0,3 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	59

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
23	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Kennzahl-ID	52321
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,58 % - 99,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,29 % - 98,49 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	333
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	338

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50041</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatoregebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,27 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
25	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51196</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,75 % - 1,04 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
<b>26</b>	<b>Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52001</b>	
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0,94 % - 6,03 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 6,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	2,99 % - 3,35 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	166
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>27</b>	<b>Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52002</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.



RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,55 % - 0,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>28</b>	<b>Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52324</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,42 % - 0,8 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29	Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation
----	---

Kennzahl-ID	52328
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Vertrauensbereich	7,45 % - 17,18 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,59 % - 3,98 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	166

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
--	--

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Der Prozessablauf wurde geändert, es werden andere Sondenmodelle verwendet.
<b>30</b>	<b>Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,3 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,78 % - 99,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>31</b>	<b>Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>604</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	94,25 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,71 % - 99,89 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	63
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	63
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>32</b>	<b>Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	Kennzahl-ID	11704
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33 Schwere Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,29 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>34</b>	<b>Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit</b>
-----------	---

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51437</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Vertrauensbereich	78,47 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,03 % - 98,9 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
--	--

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>35</b>	<b>Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden</b>
-----------	--

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51443</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,16 % - 99,77 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>36</b>	<b>Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	Kennzahl-ID	51865
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,2 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37 Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51873
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>38</b>	<b>Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52240</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,19 % - 10,38 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	87,03 % - 97,1 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	87,34 % - 87,98 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	90
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	96
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
40	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 20,00 %
Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>41</b>	<b>Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 8,57 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 5,00 %
	Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	41
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>42</b>	<b>Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	Kennzahl-ID	<b>51906</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,88 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,18
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,31
Grundgesamtheit	186
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43	Blasenkatheter länger als 24 Stunden	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52283</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	1,27 % - 5,9 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	2,67 % - 2,87 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	217
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
44	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52535</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	15,45 % - 24,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)	
	Kennzahl-ID	321
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,2 % - 0,23 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)
----	--

Kennzahl-ID	330
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p><a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi</a></p>

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	96,79 % - 97,52 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten	
	Kennzahl-ID	1058
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,19 % - 0,39 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	17
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
48	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Kaiserschnittgeburten	
	Kennzahl-ID	50045
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	98,04 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 %
Vertrauensbereich	98,99 % - 99,07 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	192
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	192
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>49</b>	<b>Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
Kennzahl-ID	51181
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 2,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

0,99 % - 1,04 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

50

#### Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID

51397

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl 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)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,1 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 51 Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand

Kennzahl-ID	51803
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 2,32

Vertrauensbereich

0,94 % - 0,99 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

52

#### Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID

51831

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 15,81 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,13 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21
Grundgesamtheit	24

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 53 Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52249</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich		0,91 % - 1,15 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		= 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		0,99 % - 0,99 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		192
Erwartete Ereignisse		186,69
Grundgesamtheit		557
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>54</b>	<b>Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>		<b>2163</b>
Leistungsbereich		Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  
<https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 19,36 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,16 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	16

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55

#### Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51370</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	2,85 % - 11,55 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5 % - 5,36 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	120
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56 Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51846</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,38 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,04 % - 97,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	143
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	143
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51847</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	90,67 % - 99,26 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,83 % - 96,25 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	72
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	74
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
58	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52268</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	9,38 % - 21,78 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,89 % - 13,41 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	124
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
59 Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52279</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,79 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	95,99 % - 96,47 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	116
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	116
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)	
	Kennzahl-ID	52330
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	72,25 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,1 % - 99,35 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	10
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	38245
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
62	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50050</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,79 % - 0,97 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>63</b>	<b>Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	Kennzahl-ID	<b>50052</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich hierbei um einen Bestandteil des Indixindicators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Nicht definiert
Vertrauensbereich		0,94 % - 1,21 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
64	<b>Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50053</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Nicht definiert
Vertrauensbereich		0,82 % - 0,98 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
65	<b>Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>		<b>50060</b>
Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Ja

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		= 2,53 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		0,95 % - 1,05 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
66	<b>Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>		<b>50062</b>
Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		= 2,50 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		0,89 % - 0,99 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>67</b>	<b>Durchführung eines Hörtests</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50063</b>	
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,72 % - 97,9 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>68</b>	<b>Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51076</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	2,97 % - 3,64 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>69</b>	<b>Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b>
-----------	--

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51078</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,11 % - 3,99 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
--	--

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51079</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	5,14 % - 6,12 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
71	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51832</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,83 % - 4,57 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
72 Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51837
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,09 %



FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>73</b>	<b>Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b>
-----------	--

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51838</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,25 % - 1,7 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74 Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51843
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,46 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75 Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51901</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> <p>Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: <a href="https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht">https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht</a> (abgerufen am: 21.03.2018). Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA - Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,08 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,02 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
76	Wachstum des Kopfes
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52262</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 22,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,14 % - 10,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77		Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
Kennzahl-ID		2005	
Leistungsbereich		Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Vertrauensbereich		97,64 % - 99,72 %	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt		-1	
Referenzbereich		>= 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich		98,39 % - 98,48 %	
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse		367	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		370	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
78		Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
Kennzahl-ID		2006	
Leistungsbereich		Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Vertrauensbereich		97,55 % - 99,71 %	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt		-1	
Referenzbereich		Nicht definiert	
Vertrauensbereich		98,45 % - 98,54 %	

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	353
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	356
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	78,47 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	93,56 % - 97,84 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	308
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	320

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich; Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81

**Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2013</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich	95,41 % - 99,46 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	185	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	188	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
<b>82</b>	<b>Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung</b>	
Kennzahl-ID	<b>2028</b>	
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	



Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	97,96 % - 99,94 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	273
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	274

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 83 Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50722</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
------------------	--

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
---	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	98,96 % - 100 %
-------------------	-----------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	364
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	364
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,86 % - 1,5 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	38,44
Grundgesamtheit	370
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

**Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:**

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Ja

## C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

	DMP
1	<p>Asthma bronchiale</p> <p><i>Der Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V wurde zwischen dem Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH und der BKK-Landesverband Mitte, IKK Südwest, Knappschaft Bochum, SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse sowie der 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>Brustkrebs</p> <p><i>Das Klinikum ist Vertragspartner des "Vertrags zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen" zw. der KHG RLP u. dem BKK-LV Mitte, der IKK Südwest, der Knappschaft, der SVLFG u. den Ersatzkassen (Barmer GEK, TK, DAK-Gesundheit, KKH, HEK, hkk). Ziel ist eine indikationsgesteuerte u. systematische Koordination der Behandlung, insbesondere die interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation.</i></p>
3	<p>Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</p> <p><i>Die Vereinbarung im Rahmen d. Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f 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>
4	<p>Diabetes mellitus Typ 1</p> <p><i>Frau Dr. Hartmann, Oberärztin der Med. C nimmt am Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V auf der Grundlage des § 63 ff SGB V teil, der zw. AOK, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern geschlossen wurde, mit dem Ziel der indikationsgesteuerten systematischen Koordination der Behandlung von chronisch Kranken mit Diabetes mellitus Typ 1. Zusätzlich wurde eine Vereinbarung über die amb. Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom geschlossen.</i></p>
5	<p>Diabetes mellitus Typ 2</p> <p><i>Das Klinikum ist zum einen Vertragspartner der AOK, zum anderen des "Vertrags zur Einbeziehung eines Krankenhauses in die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms für Diabetes mellitus Typ 2" mit KV RLP, BKK Landesverband, IKK Südwest, SVLFG, vdek (BARMER, TK, DAK, KKH, HEK, hkk) und Knappschaft. Die ermächtigte Krankenhausärztin führt Schulungen u. Einstellungen von Typ-2 Diabetikern mit supplementärer Insulintherapie, intensivierter Insulintherapie u. Pumpenträgern durch.</i></p>

## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Reanimationsregister
Ergebnis:	Erfassung außerklinisch u. innerklinisch reanimierter Patienten u. Notfallversorgungen in d. Klinik
Messzeitraum:	k.A.
Quellenangabe:	<a href="https://www.reanimationsregister.de/">https://www.reanimationsregister.de/</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Klinik für Herzchirurgie</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Deutsches Aortenklappen-Register (verschiedene Indikatoren bis Tag 30 und im Langzeit-Verlauf)
Ergebnis:	k.A.
Messzeitraum:	offen
Quellenangabe:	k.A.
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Medizinische Klinik B</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	German CAS Register zur QS bei Patienten mit Stenting der Arteria carotis (Tod und Schlaganfall bis Krankenhausentlassung)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Quellenangabe:	k. A.
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Medizinische Klinik B</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Deutsches Aorten-Stent-Register (keiner prädefiniert)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Quellenangabe:	k. A.
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Medizinische Klinik B</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	ALKK-Koronarangiographie und PCI-Register (verschiedene Indikatoren)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Quellenangabe:	k.A.
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Medizinische Klinik B</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Deutsches Mitra-Clip-Register (keine prädefiniert)

Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Quellenangabe:	k. A.
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Medizinische Klinik B</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Deutsches Aortenklappen-Register (verschiedene Indikatoren bis Tag 30 und im Langzeit-Verlauf)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Quellenangabe:	k. A.
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Medizinische Klinik B</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	GREAT- Deutsches Register zur renalen Denervation (Komplikationen und Blutdrucksenkung im Langzeitverlauf)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Quellenangabe:	k. A.
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Medizinische Klinik B</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	MIR-RLP-Qualitätssicherung bei der Therapie von Patienten mit akutem STStreckenhebungsmyocardinfarkt (STEMI) (verschiedene Zeiten und Ereignisse bis zur Krankenhausentlassung)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Quellenangabe:	k. A.
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Medizinische Klinik C</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Komplikationen, Technik (Papillotomieregister Arbeitsgemeinschaft ltd. gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK) und Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS))
Ergebnis:	Anonymer Benchmark
Messzeitraum:	
Quellenangabe:	Bachor Medical Information (BMI), bzw. Homepage der ALGK
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme am HAND-KISS, ITS-KISS, STATIONS-KISS, OP-KISS
Ergebnis:	KISS-Zertifikat
Messzeitraum:	kontinuierlich

Quellenangabe:	<a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	- 209 Ringversuche mit insgesamt 963 Einzelanalysen an 182 Parametern gem. RiliBÄK 2008 aus Klin. Chemie, POCT, Molekulare Diagnostik, Spez. Biochemie und Med. Mikrobiologie (97% aller RV bestanden)
Ergebnis:	Zielwertbestimm., Einhalt. Abweich.grenzen- Infekt.raten, Antibiotikaraten, Raten Desinfektion
Messzeitraum:	- Mehrfach im Jahr gem. RiliBÄK 2008 - Kontinuierlich (Benchmarking 1 x pro Jahr)
Quellenangabe:	<a href="http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Rili-BAEK-Laboratoriumsmedizin.pdf">http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Rili-BAEK-Laboratoriumsmedizin.pdf</a> <a href="https://rv-web.instandev.de/rv_web/">https://rv-web.instandev.de/rv_web/</a> <a href="https://www.rfb.bio/">https://www.rfb.bio/</a> , <a href="http://www.dakks.de/">http://www.dakks.de/</a> DIN EN ISO 15189:2014, DIN EN ISO 22870:2006 <a href="http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme an 107 Ringversuchen für 158 Analyte aus den Bereichen Hämatologie, Gerinnung, Blutbank, Autoimmundiagnostik und Molekularbiologie.
Ergebnis:	Für 98% der Ringversuchsteilnahmen wurde ein Zertifikat erteilt.
Messzeitraum:	Mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2008
Quellenangabe:	<a href="http://www.instandev.de">www.instandev.de</a> <a href="http://www.rfb.bio">www.rfb.bio</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme an 66 Ringversuchen für 74 Analyte aus den Bereichen Hämatologie, Gerinnung, Immunologie, Autoimmundiagnostik, Liquordiagnostik, Blutbank und Virusserologie (verpflichtend nach RiliBÄK 2008)
Ergebnis:	Für 99,5 % der Ringversuchsteilnahmen wurde ein Zertifikat erteilt
Messzeitraum:	Mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2008
Quellenangabe:	<a href="http://www.instandev.de">www.instandev.de</a> <a href="http://www.rfb.bio">www.rfb.bio</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Zentralinstitut für Interventionelle Radiologie</b>
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
Quellenangabe:	Qualitätsstandards unter: <a href="https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/">https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Institut für Pathologie</b>

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen: Immunhistochemie (HER-2/neu), Proliferation (Ki-67), Progesteronrezeptor, Östrogenrezeptor und weiteren.
<b>Ergebnis:</b>	Erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen laut Vorgaben der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Quellenangabe:</b>	Ringversuche der Qualitätssicherungs-Initiative "QuIP" der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen zur diagnostischen Immunhistochemie und Molekularpathologie ( <a href="http://www.quip-ringversuche.de/cgi/surveys">http://www.quip-ringversuche.de/cgi/surveys</a> )
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	
<b>Institut für Pathologie / Wöchentliche Sitzungen des Senologischen Arbeitskreises</b>	
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Abklärungswürdiger Befund
<b>Ergebnis:</b>	Kategorisierung nach B-Klassifikation (B1-B5)
<b>Messzeitraum:</b>	
<b>Quellenangabe:</b>	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms ( <a href="http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html">http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html</a> ) AWMF-Register-Nummer: 032-0450L
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	
<b>Apotheke</b>	
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Qualitätsindikatoren lt. Anforderungen bei Ringversuchen des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen.
<b>Ergebnis:</b>	Ergebnisse der Ringversuche
<b>Messzeitraum:</b>	Jährlich
<b>Quellenangabe:</b>	<a href="http://www.zentrallabor.com">www.zentrallabor.com</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	
<b>Apotheke</b>	
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Fachliche Anforderungen an die Apotheke nach den Kriterien der LÄK RLP und nach DIN EN ISO 9001:2008
<b>Ergebnis:</b>	Re-Zertifizierung Oktober 2017
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Quellenangabe:</b>	
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	
<b>Apotheke</b>	
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Antibiotikaverbrauchs-Surveillance-Projekt ADKA-if-RKI
<b>Ergebnis:</b>	(Antibiotikaverbrauchsdaten des Klinikums und seiner Abteilungen sowie Benchmarkdaten)
<b>Messzeitraum:</b>	Jährlich
<b>Quellenangabe:</b>	<a href="http://www.antiinfektiva-surveillance.de">www.antiinfektiva-surveillance.de</a>



<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Gesamthaus</b>
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
Quellenangabe:	<a href="https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html">https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Gesamthaus</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifizierung nach KTQ bis 27.08.2018 (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH). Zertifizierungskriterien nach KTQ-Katalog
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 28.08.2015
Messzeitraum:	kontinuierlich
Quellenangabe:	<a href="http://www.ktq.de/">http://www.ktq.de/</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Brustzentrum Ludwigshafen (Frauenklinik)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Brustzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 20.03.2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Darmzentrum Rheinpfalz (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Darmzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 08.03.2016
Messzeitraum:	kontinuierlich
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Hauttumorzentrum Rheinpfalz (Hautklinik)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Hauttumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 22.07.2015
Messzeitraum:	kontinuierlich
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen (HNO-Klinik und Klinik für MKPG)</b>

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Fachliche Anforderungen an das Kopf-Hals-Tumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
<b>Ergebnis:</b>	Zertifizierung am 07.06.2016
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Quellenangabe:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm">http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Magenzentrum (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Fachliche Anforderungen an das Magenzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
<b>Ergebnis:</b>	Zertifizierung 07.03.2018
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Quellenangabe:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de">http://www.onkozert.de</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Onkologisches Zentrum Ludwigshafen (Medizinische Klinik A)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Fachliche Anforderungen an das Onkologische Zentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
<b>Ergebnis:</b>	Zertifizierung am 07.06.2016
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Quellenangabe:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm">http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz (Medizinische Klinik C und Chirurgische Klinik A)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Fachliche Anforderungen an das Pankreaskarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
<b>Ergebnis:</b>	Re-Zertifizierung am 08.03.2016
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Quellenangabe:</b>	
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz (Urologische Klinik)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Fachliche Anforderungen an das Prostatakarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
<b>Ergebnis:</b>	Re-Zertifizierung 22.03.2017
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Quellenangabe:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm</a>

<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Chest Pain Unit (CPU, Medizinische Klinik B)</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:	Zertifizierung 04.01.2010
Messzeitraum:	kontinuierlich
Quellenangabe:	<a href="https://dgk.org/">https://dgk.org/</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Gefäßzentrum (Chirurgische Klinik B)</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 01.10.2016
Messzeitraum:	kontinuierlich
Quellenangabe:	<a href="http://www.gefaesschirurgie.de/">http://www.gefaesschirurgie.de/</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Kontinenz- und Beckenbodenzentrum (Urologische Klinik, Frauenklinik, Chirurgische Klinik A, Medizinische Klinik C, Physiotherapie (IPRM), Neurologie, Radiologie)</b>
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
Quellenangabe:	<a href="http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html">http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Überregionale Stroke Unit (Klinik für Neurologie)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifizierung eines QM-Systems für eine überregionale Stroke Unit mit 14 Betten nach den Anforderungen der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 21.12.2016
Messzeitraum:	kontinuierlich
Quellenangabe:	<a href="http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html">http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Nach den Anforderungskriterien der DIN EN ISO 13485:2012
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 27.06.2016
Messzeitraum:	kontinuierlich
Quellenangabe:	

<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Intensivstationen (Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Klinik B)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Zertifizierung der Intensivstationen nach den Anforderungen der Pflege e.V. "Angehörige jederzeit Willkommen" (ein erster Schritt zur angehörigengerechten Intensivstation)
<b>Ergebnis:</b>	Zertifizierung 15.05.2015
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Quellenangabe:</b>	<a href="http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/">http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/</a>

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR)	AUSNAHMETATBE!
1	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	15	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	31	
3	Stammzelltransplantat	25	9	MM04 - Votum der Landesbehörde wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung
<p><i>Die Landesbehörde hat den Versorgungsauftrag für den Schwerpunkt "hämatopoetische Stammzelltransplantationen" dem "Gemeinsamen Stammzell-Transplantationszentrum" Rheinland-Pfalz erteilt und somit allen daran beteiligten Kliniken (u.a. Ludwigshafen, Mainz und Kaiserslautern).</i></p>				

## 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 Bauchaortenaneurysma
2	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde

## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	190
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	127
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	126

\* 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](http://www.g-ba.de)).

