



# Strukturierter Qualitätsbericht

## für das Berichtsjahr 2018

gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	2
A-0 Fachabteilungen .....	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	4
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	4
A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	6
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	15
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	17
A-8.1 Forschung und akademische Lehre .....	17
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen .....	17
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	19
A-10 Gesamtfallzahlen .....	19
A-11 Personal des Krankenhauses .....	19
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	19
A-11.2 Pflegepersonal .....	19
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	20
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal .....	20
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	22
A-12.1 Qualitätsmanagement .....	22

A-12.1.1	Verantwortliche Person .....	24
A-12.1.2	Lenkungsgremium .....	24
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	24
A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	25
A-12.2.2	Lenkungsgremium .....	25
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen .....	25
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems .....	27
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	28
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	29
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	29
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	29
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	30
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	30
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie .....	31
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	32
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	33
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	33
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	34
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	35
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....	37
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium .....	37
A-12.5.2	Verantwortliche Person .....	37
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal .....	37
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen .....	37
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	40
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	42
B-[1]	Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin inkl. Endokrinologie) .....	43

B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	43
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	43
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	43
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	43
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	44
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	45
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	45
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	45
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	46
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	46
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	48
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	48
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	49
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	49
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	50
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	50
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	51
B-[2]	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin) .....	53
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	53
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	53
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	53
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	53
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	54
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	55
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	56
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	56

B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	57
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	57
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	59
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	59
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	60
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	60
B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	60
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	60
B-[2].11.2	Pflegepersonal .....	61
B-[3]	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Gallenwege und Leber, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin) .....	64
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	64
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	64
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	64
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	65
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	65
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	66
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	67
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	67
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	68
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	68
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	70
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- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin) .....	74
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	74
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	74
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	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	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	78
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	79
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	81
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	81
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	82
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	82
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	82
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	83
B-[4].11.2	Pflegepersonal .....	83
B-[5]	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie) .....	86
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	86
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	86
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	86
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	86
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	87
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	87

B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	88
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	88
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	89
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	89
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	91
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	91
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	92
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	92
B-[5].11	Personelle Ausstattung .....	92
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	92
B-[5].11.2	Pflegepersonal .....	93
B-[6]	Klinik für Herzchirurgie .....	95
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	95
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	95
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	95
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	95
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	95
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	97
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	97
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	97
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	98
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	99
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	100
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	101
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	101
B-[6].11	Personelle Ausstattung .....	102
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	102



B-[6].11.2	Pflegepersonal .....	102
B-[7]	Urologische Klinik .....	105
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	105
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	105
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	105
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	105
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	105
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	106
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	107
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	107
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	108
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	108
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	110
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	110
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	112
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	112
B-[7].11	Personelle Ausstattung .....	112
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	112
B-[7].11.2	Pflegepersonal .....	113
B-[8]	Frauenklinik/ Geburtshilfe .....	115
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	115
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	115
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	115
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	116
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	116
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	117



B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	117
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	117
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	119
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	119
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	121
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	121
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	123
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	124
B-[8].11	Personelle Ausstattung .....	124
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	124
B-[8].11.2	Pflegepersonal .....	124
B-[9]	Hals-Nasen-Ohren-Klinik .....	127
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	127
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	127
B-[9].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	127
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	127
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	127
B-[9].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	129
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	129
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	129
B-[9].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	130
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	130
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	132
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	132
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	134
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	134
B-[9].11	Personelle Ausstattung .....	134

B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	134
B-[9].11.2	Pflegepersonal .....	135
B-[10]	Augenklinik .....	138
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	138
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	138
B-[10].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	138
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	138
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	138
B-[10].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	139
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	140
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	140
B-[10].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	141
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	141
B-[10].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	143
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	143
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	144
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	145
B-[10].11	Personelle Ausstattung .....	145
B-[10].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	145
B-[10].11.2	Pflegepersonal .....	146
B-[11]	Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit .....	148
B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	148
B-[11].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	148
B-[11].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	148
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	149
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	149

B-[11].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	150
B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	150
B-[11].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	150
B-[11].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	151
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	151
B-[11].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	153
B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	153
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	155
B-[11].11	Personelle Ausstattung .....	155
B-[11].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	155
B-[11].11.2	Pflegepersonal .....	156
B-[12]	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie .....	158
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	158
B-[12].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	158
B-[12].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	158
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	158
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	158
B-[12].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	159
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	159
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	159
B-[12].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	161
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	161
B-[12].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	163
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	163
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	164
B-[12].11	Personelle Ausstattung .....	164

B-[12].11.Ärzte und Ärztinnen .....	164
B-[12].11.Pflegepersonal .....	164
B-[13] Hautklinik .....	166
B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	166
B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	166
B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	166
B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	166
B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	166
B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	167
B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	168
B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	168
B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig .....	169
B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	169
B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	171
B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	172
B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	172
B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	172
B-[13].11 Personelle Ausstattung .....	173
B-[13].11.Ärzte und Ärztinnen .....	173
B-[13].11.Pflegepersonal .....	173
B-[14] Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie .....	176
B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	176
B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	176
B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	176
B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	176
B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	177

B-[14].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	177
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	178
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	178
B-[14].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	179
B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	179
B-[14].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	181
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	181
B-[14].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	182
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	182
B-[14].11	Personelle Ausstattung .....	182
B-[14].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	183
B-[14].11.2	Pflegepersonal .....	183
B-[15]	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin .....	185
B-[15].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	185
B-[15].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	185
B-[15].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	185
B-[15].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	185
B-[15].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	186
B-[15].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	186
B-[15].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	186
B-[15].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	187
B-[15].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	188
B-[15].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	188
B-[15].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	190
B-[15].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	190
B-[15].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	191

B-[15].11 Personelle Ausstattung .....	191
B-[15].11.Ärzte und Ärztinnen .....	191
B-[15].11..Pflegepersonal .....	192
B-[16] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin .....	194
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	194
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	194
B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	194
B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	195
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	195
B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	196
B-[16].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig .....	196
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	196
B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	196
B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	196
B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	197
B-[16].11 Personelle Ausstattung .....	197
B-[16].11.Ärzte und Ärztinnen .....	197
B-[16].11..Pflegepersonal .....	198
B-[17] Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie .....	199
B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	199
B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	199
B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	199
B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	199
B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	199
B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	201
B-[17].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig .....	201

B-[17].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	201
B-[17].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	202
B-[17].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	202
B-[17].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	204
B-[17].11	Personelle Ausstattung .....	204
B-[17].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	204
B-[17].11.2	Pflegepersonal .....	205
B-[18]	Institut für Pathologie .....	206
B-[18].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	206
B-[18].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	206
B-[18].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	206
B-[18].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	206
B-[18].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	206
B-[18].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	207
B-[18].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	207
B-[18].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	207
B-[18].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	207
B-[18].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	208
B-[18].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	208
B-[18].11	Personelle Ausstattung .....	208
B-[18].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	208
B-[18].11.2	Pflegepersonal .....	209
B-[19]	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin .....	210
B-[19].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	210
B-[19].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	210
B-[19].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	210
B-[19].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	210



B-[19].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	210
B-[19].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	212
B-[19].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	212
B-[19].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	212
B-[19].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	212
B-[19].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	213
B-[19].11	Personelle Ausstattung .....	213
B-[19].11	Ärzte und Ärztinnen .....	213
B-[19].11	Pflegepersonal .....	214
B-[20]	Apotheke .....	215
B-[20].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	215
B-[20].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	215
B-[20].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	215
B-[20].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	215
B-[20].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	215
B-[20].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	217
B-[20].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	217
B-[20].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	217
B-[20].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	217
B-[20].11	Personelle Ausstattung .....	217
C	Qualitätssicherung .....	219
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	219
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	219
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	220
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....	220
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	308

C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	308
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	309
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr .....	319
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind .....	320
C-5.2	Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen .....	320
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	321
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	321

## 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/presse_termine/downloads/qualitaetsbericht/index_ger.html">https://www.klilu.de/presse_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- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)
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, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin
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:	0
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 bis 06/2019, Chefarzt des Instituts für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Telefon:	0621 503 3550
Fax:	0621 503 3555
E-Mail:	bauermat@klilu.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. Günter Layer, Ärztlicher Direktor seit 07/2019, Chefarzt Zentralinstitut für diagnostische und interventionelle Radiologie
Telefon:	0621 503 4500
Fax:	0621 503 4590
E-Mail:	guenter.layer@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 Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

2 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale  
Versorgungsverpflichtung?

Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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. Pflegefachkräfte vor allem in der Neurologie verfügen über eine Fortbildung im Bobath-Konzept.</i></p>
9	<p>Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Die Diätassistenten der Küche führen regelmäßig Diät- und Ernährungsberatungen bei Patienten durch.</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>Nahezu 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/Manualthherapie	<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 durchgeführt 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/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 bestehen Kooperationsverträge mit den Firmen PubliCare sowie GHD. Diese übernehmen die Erstversorgung und Beratung der Patienten. Für weitere Fragen stehen fortgebildete Pflegemitarbeiter zur Verfügung.</i>
36	Wärme- und Kälteanwendungen

## MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

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

### 37 Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik

*Die Wochenbettgymnastik findet im Rahmen der physiotherapeutischen Versorgung nach der Entbindung statt. Die Geburtshilfe bietet mittwochs Kurse zur Rückbildungsgymnastik an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.*

### 38 Wundmanagement

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

### 39 Biofeedback-Therapie

*Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Möglichkeiten der Biofeedback-Therapie an.*

### 40 Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)

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

### 41 Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

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

### 42 Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden

*Die Ethikkommission hat zum Ziel, den ethischen Diskurs zu fördern. Die bestehenden ethischen Leitlinien im Umgang mit Sterbenden sollen den handelnden Personen eine Orientierung geben, um Alltagssituationen und soziale Umgangsformen abzugleichen und ggf. notwendige Optimierungsprozesse einzuleiten.*

### 43 Audiometrie/Hördiagnostik

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

### 44 Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining

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

### 45 Snoezelen

*Im angegliederten Pflegeheim des Klinikums wird eine spezielle gerontopsychiatrische Betreuung für Demenzerkrankte, ergänzt durch Snoezelen, angeboten.*

### 46 Sozialdienst

*Das Aufgabengebiet des Sozialdienstes im Klinikum beinhaltet die Beratung und Organisation der poststationären Versorgung, insbesondere der medizinischen Rehabilitation.*

### 47 Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

*Es werden regelmäßig Informations- und Patiententage für die breite Öffentlichkeit angeboten, aus nahezu allen Fachbereichen des Klinikums. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Veranstaltungen/Presse.*

### 48 Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien

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

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
49	<p>Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen</p> <p><i>Die NE bietet eine spez. Diagnostik für Pat. mit neuromuskulären Erkrank. an. Mit den Spezialsprechstd. "Multiple Sklerose &amp; andere entzündl. Erkrank.", Botox-Therapie, elektromyografische, elektroneurografische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien bestehen Angebote.</i></p>
50	<p>Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> <p><i>Zum Konzern des Klinikums gehört ein Alten- und Pflegeheim mit mehr als 300 Plätzen. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Pflegeeinrichtungen erfolgt strukturiert unter Einsatz von Pflegeüberleitungsbögen. Treffen (inkl. Fortbildung) mit den amb. Diensten und Pflegeheimen finden statt.</i></p>

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	<p>Ein-Bett-Zimmer</p> <p><i>Bei Verfügbarkeit besteht auf Wunsch für Patienten gegen zusätzliches Entgelt die Möglichkeit in einem Ein-Bett-Zimmer untergebracht zu werden.</i></p> <p><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 101 läuft der Klinik-Info-Kanal (KiK). Dieser sendet täglich ein Programm, das Unterhaltung und Informatives zu Gesundheit und Bildung bietet.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21886/e33096/180620_Flyer_InfoprPat_station_ger.pdf">https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21886/e33096/180620_Flyer_InfoprPat_station_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>



## LEISTUNGSANGEBOT

Kosten pro Tag: 5 €

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.

[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)

9	<p>Hotelleistungen</p> <p>Wahlleistungspatienten erhalten eine kleine Auswahl an Körperpflegeartikeln (Seife, Körperlotion etc.), leihweise einen Bademantel, Hand- und Badetücher sowie einen Haartrockner.</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>Es wird ein fast ausnahmsloses Rooming-In geboten, 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.</p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pfleger/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geburtshilfe/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pfleger/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geburtshilfe/index_ger.html</a></p>
11	<p>Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)</p> <p>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.</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>Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 10 €</p> <p>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 werd. Eltern gibt es einen Storchenparkplatz gegenüber dem Haupteingang. Für Pat. d. Physioth. gibt es zwei Behindertenparkplätze vor dem Eingang.</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>Ein Geldautomat steht allen Patienten und Angehörigen im Erdgeschoss des Hauses A in der Nähe der Cafeteria zur Verfügung.</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 Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p> <p>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.</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>

LEISTUNGSANGEBOT	
	<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><b>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)</b></p> <p><i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Vollkost, Schonkost, Vegetarisch etc.</i></p> <p><i>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.</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>
17	<p><b>Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen</b></p> <p><i>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.</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>
18	<p><b>Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen</b></p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet häufig Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen für Patienten und Interessierte an (u.a. Onkologisches Forum durch die Onkofachkräfte). Diese Veranstaltungen werden über öffentliche Medien und Aushänge bekanntgegeben.</i></p> <p><a href="https://www.klilu.de/content/aktuelles_termine/termine_veranstaltungen/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/aktuelles_termine/termine_veranstaltungen/index_ger.html</a></p>
19	<p><b>Seelsorge</b></p> <p><i>Die katholische u. evangelische Seelsorge bietet Patienten und Angehörigen Begleitung und Unterstützung bei schwierigen Fragen oder Sorgen an. Weiterhin gibt es die islamische Seelsorge sowie zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen und Männern. Diese befinden sich in der Bremserstraße 88.</i></p> <p><a href="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></p>
20	<p><b>Abschiedsraum</b></p> <p><i>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.</i></p> <p><a href="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></p>
21	<p><b>Andachtsraum</b></p> <p><i>Im Klinikum Ludwigshafen gibt es eine Klinikkapelle sowie in der Bremserstr. 88 zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen und Männern.</i></p> <p><a href="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></p>

## 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. Zudem helfen alle Klinikmitarbeiter gerne bei der Orientierung.</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. 7 Pflegeexpertinnen für Demenz und kognitive Einschränkungen sind bereits ausgebildet und werden im Klinikum eingesetzt.</i></p>
12	<p>geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar)</p> <p><i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen elektrisch verstellbare Betten zur Verfügung, die bereits für ein hohes Gewicht ausgelegt sind. Bei Bedarf können besonders belastbare Betten, spezielle Matratzen bzw. druckentlastende Prophylaxematratzen für schwergewichtige Patienten bestellt werden.</i></p>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
13	<p>OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische</p> <p><i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen verstellbare OP-Tische für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.</i></p>
14	<p>Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße</p> <p><i>Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht werden vorgehalten.</i></p>
15	<p>Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</p> <p><i>Dem Klinikum Ludwigshafen stehen u.a. Körperwaagen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.</i></p>
16	<p>Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter</p> <p><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></p>
17	<p>Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus</p> <p><i>Verschiedene Informationsmaterialien und Flyer stehen in mehreren Sprachen zur Verfügung.</i></p>
18	<p>Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe</p> <p><i>Im Klinikum sind verschiedene Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht vorhanden.</i></p>
19	<p>Diätetische Angebote</p> <p><i>Patienten und Patientinnen mit tumorbedingten Ernährungsstörungen, aber auch mit bereits vorbestehenden Ernährungsstörungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen und Übergewicht werden durch geschulte Diätassistentinnen beraten.</i></p>
20	<p>Dolmetscherdienst</p> <p><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></p>
21	<p>Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal</p> <p><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></p>
22	<p>Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden</p> <p><i>Die Klinikkapelle befindet sich im Haus B, 5. OG. Hier können Sie sonntags ab 09.00 den katholischen u. ab 10.00 den evangelischen Gottesdienst besuchen. Diese werden in die Krankenzimmer (TV) übertragen. Zudem gibt es 2 Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen u. Männern (Bremserstraße 88).</i></p>

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	<p>Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten</p> <p><i>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 KliLu ist akad. Lehrkrankenhaus (29 Studierende Uni Mainz, 17 Plätze med. Fakultät Mannheim) Neben den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin u. amb. Medizin (nur Mannheim) werden verschiedene Wahlpflichtfächer angeboten. Ermöglichung einer Famulatur für Studenten aus dem europäischen Ausland.</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 fünf 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 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 -sanitäter (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 Auszubildenden.</i></p>
9	<p>Logopäde und Logopädin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet Schülern von verschiedenen Ausbildungsstätten im Umkreis von Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung.</i></p>

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 963

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	40512
Teilstationäre Fallzahl:	84
Ambulante Fallzahl:	96475

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40				
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	342,05	340,55	1,50	42,90	299,15
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	178,51	177,01	1,50	21,48	157,03

#### 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	653,76 38,96 <sup>1)</sup>	653,76 38,96	0,00 0,00	26,27 0,00	627,49 38,96
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,76	8,76	0,00	0,00	8,76
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,70 0,05 <sup>2)</sup>	11,70 0,05	0,00 0,00	0,00 0,00	11,70 0,05
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	18,58 2,53 <sup>3)</sup>	18,58 2,53	0,00 0,00	0,00 0,00	18,58 2,53



Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	9,19 0,00	9,19 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	9,19 0,00
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,53 0,00	5,53 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	5,53 0,00
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,38 0,00	11,38 0,00	0,00 0,00	1,46 0,00	9,92 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	108,80 8,48 <sup>4)</sup>	108,80 8,48	0,00 0,00	14,99 0,00	93,81 8,48

**Abkürzungen:**

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

<sup>1)</sup> Hauptnachtschichten: 11,70 VK / Kodierfachkräfte: 4,36 VK / Prozessmanager: 12,46 VK / Pflegedienstleitung:  
2,15 VK / Sozialdienst: 0,67 VK / Zentrale Patientenaufnahme: 7,63 VK

<sup>2)</sup> Hauptnachtschicht 0,05 VK

<sup>3)</sup> Krankentransportdienst 2,53 VK

<sup>4)</sup> Kodierfachkräfte 1,67 / Prozessmanager 2,02 VK / Sozialdienst 0,5 VK / Zentrale Patientenaufnahme 4,29  
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	1,79 <sup>1)</sup>	1,79	0,00	0,00	1,79
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	2,99	2,99	0,00	0,00	2,99
Erzieher und Erzieherin	9,66	9,66	0,00	9,66	0,00
Heilpraktiker und Heilpraktikerin	0,17	0,17	0,00	0,00	0,17
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	4,60	4,60	0,00	2,30	2,30
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	0,77	0,77	0,00	0,39	0,38



Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch- technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	72,48 <sup>2)</sup>	72,48	0,00	0,00	72,48
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	28,48 <sup>3)</sup>	28,48	0,00	0,00	28,48
Orthoptist und Orthoptistin/ Augenoptiker und Augenoptikerin	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	13,27	13,27	0,00	0,00	13,27
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	27,57	27,57	0,00	1,65	25,92
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	3,09	3,09	0,00	0,00	3,09
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,89	2,89	0,00	0,00	2,89
Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	2,67	2,67	0,00	0,00	2,67
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	2,50	2,50	0,00	0,00	2,50
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	23,58	23,58	0,00	1,50	22,08
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	8,65	8,65	0,00	1,11	7,54
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	4,43	4,43	0,00	0,00	4,43
Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	215,94	215,94	0,00	0,00	215,94
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	337,20	337,20	0,00	0,00	337,20

**Abkürzungen:**

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

<sup>1)</sup> In der Wirtschaftsgesellschaft (100%-ige Tochter Klinikum Ludwigshafen) sind zusätzlich 3,0 VK  
Diätassistenten in der Küche beschäftigt.

<sup>2)</sup> IHT: 20,3 VK KLC / MIK: 31,87 VK Pathologie: 9,28 VK Sonstige: 11,03 VK

<sup>3)</sup> ZIR/ANG/PET: 22,6 VK Strahlenklinik: 5,88 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.

In regelmäßigen Abständen finden Besprechungen (QM-AG/ Lenkungsgremium) statt, in denen Ergebnisse aus internen Audits, Risikoaudits, CIRS, Beschwerden, usw. besprochen und Maßnahmen abgeleitet werden.

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 die 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 einen aktiven Austausch miteinander geprägt ist.

In Anlehnung an das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) arbeiten wir nach deren Empfehlungen und möchten 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 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 des Patienten, werden in diesem Moment nochmals thematisiert.

### A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

### A-12.1.2 Lenkungs-gremium

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

Ja

#### Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/  
Funktionsbereiche:

Lenkungs-gremium 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

Im Herbst 2018 haben vier Mitarbeiter/innen (Abteilungsleiter/innen im Bereich Compliance und Recht, Controlling, Medizincontrolling und Qualitätsmanagement) die Prüfung zum Risikomanager nach ISO 31000 und ONR 49000 ff erfolgreich absolviert. Innerhalb der Stabsstelle Compliancemanagement und Recht wurde das Risikomanagement (Compliancemanagement) im Dezember 2018 zertifiziert. Analog zum Compliancemanagement wurde das klinische und betriebswirtschaftliche Risikomanagement aufgebaut. Eine Erst-Zertifizierung des Gesamtklinikums nach DIN EN ISO 9001:2015 ist für 2020 geplant.

Im gesamten Klinikum werden interne Audits und Risikoaudits durchgeführt. Die Audits sind über eine Jahresauditplanung einsehbar.

Verbesserungsmöglichkeiten, die aus Sicht des Auditors zu einer Wirksamkeitssteigerung und Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems beitragen können, sind als Empfehlungen, Hinweise und Abweichungen aufgeführt.

1. Empfehlungen sind eine Hilfestellung für die Weiterentwicklung/Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems. Empfehlungen sind meistens mit "wäre sinnvoll wenn" beschrieben.
2. Hinweise sind eine Hilfestellung für die Weiterentwicklung/Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems. Sofern die Formulierung "muss" gewählt ist, kann eine Nichterfüllung des Hinweises im nächsten Audit zu einer Abweichung führen.
3. Abweichungen beschreiben die Nichtkonformität gegenüber den Anforderungen aus der Norm/Fachgesellschaft/gesetzlichen Anforderungen/Richtlinien/usw. Die Anforderungen sind nicht nachweisbar bzw. nicht geeignet umgesetzt. Es müssen umfangreiche Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden.

Abweichungen müssen innerhalb eines festgelegten Zeitraums beseitigt werden, um die Zertifizierung des Managementsystems zu ermöglichen bzw. aufrecht zu erhalten. Eine Abweichung kann zu einem Nachaudit oder zur Einreichung weiterer Unterlagen führen. Abweichungen werden immer in die Risikobewertung mit aufgenommen und dementsprechend nach dem definierten Risikomanagementprozess abgearbeitet.

### 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 – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/  
Funktionsbereiche:

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

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

### 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: 13.11.2018</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
3	Mitarbeiterbefragungen
4	<p>Klinisches Notfallmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizinisches Notfallmanagement (Regelungen u.a. zu: Umgang mit Notfällen, Reanimation, Reanimationsteam/Meldesystem, Ablaufschema ALS, Notfallkoffer, Dokumentation, Schulungen, Kinderreanimation, Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplan)</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 17.08.2017</i></p>
5	<p>Schmerzmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Nat. Expertenstandard Schmerzmanagement in der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit bei akuten u. chronischen Schmerzen</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 18.03.2019</i></p>
6	<p>Sturzprophylaxe</p> <p><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)</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 10.03.2018</i></p>
7	<p>Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (Regelungen zu: Aufgabenbeschreibung Dekubitus, Dekubitusprophylaxe in den einzelnen Kliniken/OP's, Risikoassessment, Pflegeplanung, Hautkontrollen, Evaluation Assessment, Information und Beratung, Sonderfälle)</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 02.05.2018</i></p>
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: 10.03.2018</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) - Wird derzeit überarbeitet</i>  <i>Letzte Aktualisierung: 01.07.2015</i></p>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust



INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Transferchecklisten (Regelungen u.a. zu Team-Time-Out, CL Patientenvorbereitung auf Station, VA zur prä-/intra-/ postoperativen Zählkontrolle der verwendeten OP-Materialien, Prozessbeschreibung stationäre OP, Theapieschema zum Umgang mit Nachblutungen, OP-Statut, DA Transfusionsmedizin)          Letzte Aktualisierung: 15.08.2018</p>
14	<p>Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Checkliste Patientenvorbereitung auf Station (Regelungen zu: Multiprofessionellen Behandlungspfaden der einzelnen Kliniken, Präoperative Aufnahme und Diagnostik, OP-Transfercheckliste, Checkliste Patientenvorbereitung auf Station)          Letzte Aktualisierung: 03.04.2019</p>
15	<p>Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen im OP, OP-Transferchecklisten          Letzte Aktualisierung: 19.04.2018</p>
16	<p>Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standards und Empfehlungen (Regelungen zu: Aufwachraum Protokoll, Narkoseprotokoll/ Anordnung für Aufwachraum (Narco-Data), Schmerzscore, Aldrete's Score)          Letzte Aktualisierung: 18.04.2019</p>
17	<p>Entlassungsmanagement</p> <p>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: 15.05.2018</p>

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

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

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

#### Einsatz eines einrichtungsinternen 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
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	2 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	35 <sup>2)</sup>
Hygienefachkräfte (HFK)	5
Hygienebeauftragte in der Pflege	90 <sup>3)</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> 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 Krankenhaustygieniker 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 3500
Fax:	0621 503 3520

### 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, der 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	Kopfhaut	Ja

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

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:**

Auswahl: Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere:**

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	Ja

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

**Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:**

Auswahl: Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere:**

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl:  Ja

**A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	32
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	144

**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	<p>Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten</p> <p><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></p> <p><i>Die Referenzdaten aller teilnehmenden Krankenhäuser sind auf der Homepage des Nationalen Referenzzentrums für Nosokomiale Infektionen verfügbar.</i></p>
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.</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 Silber</i></p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen besitzt das Zertifikat in "Silber". Zusätzlich werden regelmäßig Aktionstage für die Mitarbeiter, Patienten und Angehörigen durchgeführt (2018 unter Beteiligung des Trucks der ASH (30 ausgewählte Krankenhäuser in D) mit Lernstationen zum Thema Händedesinfektion.</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;Pfleger, 1x jährlich hygieneverantwortliche MA Funktion&amp;MFA, 2x jährlich Sachkunde, 2x jährlich Fachkunde 1, 1x jährlich Fachkunde 2, 1x jährlich OTA-Kurs, 1x jährlich Impfseminar Ärzte, 2x jährlich Hygiene-Refresher-Kurs, 2x jährlich Refresher-Kurs Aufbereitung MP</i></p>

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

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

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.  <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>  <i>Im Klinikum Ludwigshafen ist ein strukturiertes Lob- Beschwerdemanagement unter dem Namen "Kontaktstelle für Patienten Anliegen" eingeführt. Patienten und ihre Angehörigen können persönlich, telefonisch, per E-Mail oder mittels eines Online-Formulars Kontakt aufnehmen. Zusätzlich werden regelmäßig persönliche Befragungen unserer Patienten vor Ort durchgeführt sowie offene Sprechstunden von Montag bis Donnerstag jeweils von 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr angeboten.</i>	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).  <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>  <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>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.  <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>  <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>	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.  <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>	Ja

LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT		ERFÜLLT?
<p><i>Nach Eingang einer schriftlichen Beschwerde bei der Kontaktstelle für Patientenliegen 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 Patientenliegen (KfP).</i></p>		
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
<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 seiner Beschwerde. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit einer Beschwerde liegt bei 1,6 Werktagen.</i></p>		
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
<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	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
<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>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></p>		
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
<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 Patientenliegen 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	Patientenbefragungen	Ja
<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>Es haben alle Patienten die Möglichkeit, an einer kontinuierlichen Patientenbefragung teilzunehmen. Außerdem erfolgen kontinuierlich interne Patientenbefragungen (z.B. i. d. Tumorzentren, Intensivstationen). Weitere Rückmeldungen können über den Online-Fragebogen abgegeben werden. Die Stabsstelle QM wertet die Fragebögen aus und leitet Maßnahmen mit den Kliniken ab. Die Leiterin der KfP führt regelmäßig Patientengespräche während des stationären Aufenthaltes durch.</i></p>		
10	Einweiserbefragungen	Ja
<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:	feedback@kliilu.de

## Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission
-------------------	------------------------

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

### Kontaktdaten:

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

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	6
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	5

## A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA 5.7_7 Umsetzung von Hausmedikation Letzte Aktualisierung: 01.04.2017</i>
2	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
3	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung Arzneimittel</i>
4	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
6	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
7	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
8	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

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

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

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

- Sonstiges: Elektronische Unterstützung der Zytostatikaherstellung mittels Zenzy

### **Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:**

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

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

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

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
2	Positronenemissionstomograph (PET)/ PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	
3	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
4	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
5	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
6	Mammographiegerät	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	
16	offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Ja
17	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja

	<b>APPARATIVE AUSSTATTUNG</b>	<b>UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG</b>	<b>24H VERFÜGBAR</b>
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.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheuma_index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheuma_index_ger.html</a>

### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Uppenkamp, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3900
Fax:	0621 503 3977
E-Mail:	meda@klilu.de
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_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheuma_index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheuma_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 Nierenerkrankungen
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/ Hämofiltration.

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:	2134
Teilstationäre Fallzahl:	84

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	198
2	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	98
3	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	78
4	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	58
5	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	57
6	C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	48
7	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	44
8	M31.3	Wegener-Granulomatose	40
9	M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	34
10	C83.1	Mantelzell-Lymphom	33
11	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	33
12	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	28

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	28
14	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	23
15	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	22
16	C82.3	Follikuläres Lymphom Grad IIIa	21
17	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	20
18	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	19
19	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritits: Mehrere Lokalisationen	19
20	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	18
21	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	18
22	M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	18
23	N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	17
24	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	17
25	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	16
26	M31.6	Sonstige Riesenzellerarteriitis	16
27	I77.6	Arteriitis, nicht näher bezeichnet	15
28	C45.0	Mesotheliom der Pleura	15
29	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	15
30	M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	14

### B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C83	Nicht follikuläres Lymphom	298
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	192
3	N17	Akutes Nierenversagen	105
4	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	98
5	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	79
6	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	70
7	N18	Chronische Nierenkrankheit	64
8	C92	Myeloische Leukämie	64
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	50
10	C82	Follikuläres Lymphom	50

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1593
2	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	438
3	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	424
4	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	421
5	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	271
6	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	267
7	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	265
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	211
9	8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	206
10	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	200
11	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	189
12	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	174
13	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	152
14	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	147
15	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	128
16	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	125
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	88
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	84
19	8-857.10	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD): Bis 24 Stunden	82
20	6-001.h6	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 750 mg bis unter 850 mg	74

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	65
22	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	64
23	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	62
24	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	56
25	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	52
26	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	50
27	8-800.f0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat	42
28	6-001.h4	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 550 mg bis unter 650 mg	37
29	1-430.2	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge	35
30	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	35

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-854	Hämodialyse	1888
2	8-547	Andere Immuntherapie	899
3	8-855	Hämodiafiltration	627
4	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	627
5	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	442
6	8-857	Peritonealdialyse	385
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	375
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	374

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</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 erythematodes, 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)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Behandlung von NotfallpatientInnen (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	26,52	26,29	0,23	3,92	22,60	94,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	15,08	14,85	0,23	2,22	12,86	165,9

#### Abkürzungen:

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

### B-[1].11.1.1 Ärztliche 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	46,74	46,74	0,00	1,80	44,94	47,5
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,61	0,61	0,00	0,00	0,61	3498,4

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,43	2,43	0,00	0,00	2,43	878,2
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,78	0,78	0,00	0,00	0,78	2735,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,51	6,51	0,00	2,00	4,51	473,2

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement
9	Dekubitusmanagement
10	Sturzmanagement
11	Palliative Care
12	Breast Care Nurse
13	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.kli.lu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_interni:index_ger.html">https://www.kli.lu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_interni:index_ger.html</a>

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Ralf Zahn, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4000
Fax:	0621 503 4044
E-Mail:	medb@kli.lu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.kli.lu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_interni:index_ger.html">https://www.kli.lu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_interni: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>Inbesondere 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 des Vorliegens einer koronaren Herzkrankheit</i>
17	Herzkatheter <i>Diagnostik: Darstellung d. Herzkranzgefäße, Druckmessung i. d. Herzkammern, Therapie: Aufdehnung verengter Herzkranzgefäße, z.T. mit Implantation einer Gefäßstütze, Vorhofsohrverschluss, Kathetergestützte Implantation v. künstl. Herzklappen, Verschluss angeb. Defekte d. Herzscheidewand</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 Kreislauferstützungssysteme (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:	7538
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	416
2	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	381
3	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	361
4	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	291
5	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	284
6	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	273
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	263
8	I35.0	Aortenklappenstenose	247
9	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	175
10	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	157
11	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	130
12	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	127
13	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	127
14	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	114
15	R55	Synkope und Kollaps	111
16	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	98
17	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	96
18	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	88
19	I48.3	Vorhofflattern, typisch	78
20	G47.38	Sonstige Schlafapnoe	73
21	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	71
22	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	71
23	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	69

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	69
25	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	60
26	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	58
27	E86	Volumenmangel	57
28	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiofibrillators	56
29	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	55
30	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	55

### B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I50	Herzinsuffizienz	907
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	687
3	I20	Angina pectoris	596
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	492
5	R07	Hals- und Brustschmerzen	432
6	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	362
7	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	290
8	G47	Schlafstörungen	262
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	248
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	246

### 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	2612
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2035
3	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1709
4	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1321
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1122
6	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	948

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	913
8	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	871
9	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	812
10	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	664
11	1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie	648
12	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	625
13	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	596
14	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	594
15	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	487
16	8-83b.00	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	481
17	8-83b.01	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	411
18	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	405
19	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	381
20	1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige	368
21	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	326
22	8-701	Einfache endotracheale Intubation	319
23	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	316
24	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	308
25	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)	307
26	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	278

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	260
28	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	239
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	224
30	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion	222

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2512
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	2082
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2035
4	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1709
5	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1447
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1358
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	973
8	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	924

### B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	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].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-[2].11 Personelle Ausstattung



## B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	39,09	39,09	0,00	3,18	35,91	209,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	18,93	18,93	0,00	1,54	17,39	433,5

### 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-[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	115,04	115,04	0,00	8,00	107,04	70,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,68	0,68	0,00	0,00	0,68	11085,3
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	2512,7

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,65	2,65	0,00	0,00	2,65	2844,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,97	2,97	0,00	0,00	2,97	2538,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	12,69	12,69	0,00	3,96	8,73	863,5

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement
9	Dekubitusmanagement
10	Sturzmanagement
11	Deeskalationstraining

- 12 Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)

## 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_und_index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klilik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_index_ger.html</a>

### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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

Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/linik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_index_ger.html">https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/linik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_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
19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
20	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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	Viszeralonkologisches Zentrum (Darm-, Magen-, Pankreaskarzinomzentrum) <i>Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</i>
44	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>
45	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum <i>Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).</i>

## B-[3].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:	4422
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K83.1	Verschluss des Gallenganges	117
2	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	108
3	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	105
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	100
5	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	93
6	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	85
7	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	78
8	K22.2	Ösophagusverschluss	77
9	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	68
10	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	65
11	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardias	61
12	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	57
13	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	55
14	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	52
15	D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Pankreas	44
16	C22.0	Leberzellkarzinom	42
17	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	42
18	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	39
19	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	38
20	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	37
21	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	37

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	37
23	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	37
24	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	33
25	K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas	33
26	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	33
27	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	32
28	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	32
29	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	32
30	K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	32

### B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K80	Cholelithiasis	226
2	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	175
3	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	171
4	C16	Bösartige Neubildung des Magens	161
5	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	151
6	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	149
7	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	139
8	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	135
9	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	131
10	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	118

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	3170
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	981
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	976
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	455
5	3-055	Endosonographie der Gallenwege	419



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	372
7	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	344
8	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	307
9	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	272
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	265
11	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	262
12	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	248
13	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	245
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	239
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	214
16	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	196
17	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	190
18	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	189
19	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	185
20	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	184
21	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	183
22	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	180
23	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	172
24	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	166
25	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	162
26	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	162

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	145
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	141
29	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	138
30	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	123

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	3215
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1443
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1396
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	1105
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	851
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	558
7	5-469	Andere Operationen am Darm	518
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	455

### 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/Hepatology</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 - Tumorguppe 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)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

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

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

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	27,61	27,61	0,00	1,87	25,74	171,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	11,53	11,53	0,00	0,78	10,75	411,3

**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-[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 -
8	Palliativmedizin

**B-[3].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	37,10	37,10	0,00	1,03	36,07	122,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,94	0,94	0,00	0,00	0,94	4704,3
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,39	3,39	0,00	0,00	3,39	1304,4

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,17	1,17	0,00	0,00	1,17	3779,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,60	9,60	0,00	1,00	8,60	514,2

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Diabetes
4	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	Kinästhetik
6	Kontinenzmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement
9	Dekubitusmanagement
10	Sturzmanagement

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

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	<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	(1551) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
3	(3757) Visceralchirurgie
4	(1520) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
5	(1590) Allgemeine Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp (II)

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

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Stefan Willis, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3150
Fax:	0621 503 3184
E-Mail:	cha@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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	Chirurgische Intensivmedizin
5	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
7	Endokrine Chirurgie
8	Magen-Darm-Chirurgie
9	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
10	Tumorchirurgie <i>Metastasenchirurgie</i>
11	Portimplantation
12	Schrittmachereingriffe
13	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
14	Lungenchirurgie
15	Operationen wegen Thoraxtrauma
16	Speiseröhrenchirurgie
17	Thorakoskopische Eingriffe
18	Mediastinoskopie
19	Fremdkörperentfernungen
20	Inkontinenzchirurgie
21	Laserchirurgie
22	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
23	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
24	Wundheilungsstörungen
25	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

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



MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
59	Diagnostik von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
60	Diagnostik von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
61	Diagnostik von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
62	Diagnostik von Verletzungen des Kopfes
63	Native Sonographie
64	Eindimensionale Dopplersonographie
65	Duplexsonographie
66	Sonographie mit Kontrastmittel
67	Endosonographie
68	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Unfallchirurgie/D-Arzt, Kontinenzsprechstunde, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Darmkrebsprechstunde</i>
69	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
70	Viszeralonkologische Zentrum (Darm-, Magen- und Pankreaskarzinomzentrum) <i>Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</i>
71	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum <i>Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).</i>

## 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:	3559
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	123
2	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	113
3	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	110

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	90
5	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	89
6	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	81
7	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	73
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	65
9	K61.1	Rektalabszess	64
10	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	60
11	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	56
12	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	56
13	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	56
14	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	54
15	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	52
16	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	51
17	K59.0	Obstipation	51
18	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	49
19	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	48
20	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	44
21	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	40
22	K81.0	Akute Cholezystitis	40
23	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	39
24	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	38
25	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	37
26	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	36
27	A46	Erysipel [Wundrose]	35
28	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	34
29	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	33
30	E04.9	Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet	31

### B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	K80	Cholelithiasis	252
2	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	169
3	K40	Hernia inguinalis	169
4	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	161
5	K57	Divertikulose des Darmes	158
6	K35	Akute Appendizitis	152
7	S06	Intrakranielle Verletzung	136
8	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	108
9	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	105
10	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	91

### B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	256
2	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	165
3	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	143
4	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	130
5	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup>	123
6	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	116
7	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	95
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	92
9	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	91
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	82

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	74
12	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	72
13	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	65
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	64
15	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	64
16	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	63
17	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	62
18	5-344.40	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	62
19	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	55
20	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	53
21	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	52
22	5-349.6	Andere Operationen am Thorax: Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell	49
23	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	48
24	5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge	47
25	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	45
26	5-333.0	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, offen chirurgisch	45
27	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	45
28	5-916.a4	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Endorektal	45
29	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	41

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	5-324.b1	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch: Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung	40

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-511	Cholezystektomie	340
2	5-469	Andere Operationen am Darm	330
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	247
4	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	232
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	223
6	5-470	Appendektomie	181

### 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-, 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>4</b>	<b>KONTINENZSPRECHSTUNDE</b>
	<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

	<b>OPS</b>	<b>BEZEICHNUNG</b>	<b>FALLZAH</b>
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	78
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	45
3	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	21
4	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	18
5	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	11
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	10
7	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	8
8	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	5
9	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	4
10	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	4

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

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

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	26,07	25,56	0,51	5,12	20,95	169,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	16,77	16,26	0,51	3,26	13,51	263,4

#### 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].11.1.1 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

#### 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	66,62	66,62	0,00	3,00	63,62	55,9
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,85	0,85	0,00	0,00	0,85	4187,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	1779,5
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,52	1,52	0,00	0,32	1,20	2965,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,15	9,15	0,00	2,00	7,15	497,8

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Kinästhetik



ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Wundmanagement
10	Dekubitusmanagement
11	Sturzmanagement
12	Palliative Care
13	Deeskalationstraining
14	OP-Koordination

## 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/gefuaesschirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefuaesschirurgie/ 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/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Kühner, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3341
Fax:	0621 503 3342
E-Mail:	chb@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefuaesschirurgie/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefuaesschirurgie/ 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>
17	Interdisziplinäres Shunt-Referenzzentrum (Zentrum für Dialysezugänge) <i>Das Shunt-Referenzzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Fachgesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG u. DGG) zertifiziert (Zertifizierung 09.10.2018).</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:	1184
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	185
2	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	144
3	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	114
4	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	102
5	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	72
6	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	55
7	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	49
8	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	47
9	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	43
10	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	43
11	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	31
12	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	25
13	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	23
14	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	22
15	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	13
17	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	13
18	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	9
19	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	9
20	I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	8
21	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	7
22	I87.1	Venenkompression	7
23	T79.8	Sonstige Frühkomplikationen eines Traumas	7
24	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	5
25	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	5
26	I77.1	Arterienstriktur	5
27	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	4
28	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	4
29	I70.8	Atherosklerose sonstiger Arterien	4
30	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	4

### B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I70	Atherosklerose	457
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	234
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt	80
4	Z49	Dialysebehandlung	72
5	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	70
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	49
7	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	35
8	I83	Varizen der unteren Extremitäten	29
9	I63	Hirnfarkt	25
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	14

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	578
2	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	251
3	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	140
4	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel	132
5	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	124
6	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	116
7	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shunt: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	112
8	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shunt	112
9	5-983	Reoperation	110
10	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	99
11	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	81
12	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	77
13	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	76
14	5-930.00	Art des Transplantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung	74
15	5-930.3	Art des Transplantates: Xenogen	74
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	69
17	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	66
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	63
19	8-840.0s	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel	59
20	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	58

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	58
22	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	57
23	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	57
24	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	53
25	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	49
26	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	43
27	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Arterien abdominal und pelvin	43
28	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	43
29	8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Schulter und Oberarm	42
30	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	41

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-854	Hämodialyse	694
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	490
3	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	466
4	5-381	Endarteriektomie	293
5	5-930	Art des Transplantates	247
6	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	223
7	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	218
8	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	202
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	192

## 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	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	18
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	13
3	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunttes	< 4
4	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4

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

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

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

### B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,60	9,60	0,00	0,12	9,48	124,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,55	5,55	0,00	0,07	5,48	216,1



**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-[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	13,81	13,81	0,00	0,00	13,81	85,7
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,90	2,90	0,00	0,00	2,90	408,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,97	0,97	0,00	0,00	0,97	1220,6
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,52	0,52	0,00	0,00	0,52	2276,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,77	3,77	0,00	0,13	3,64	325,3

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Kontinenzmanagement
4	Qualitätsmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Sturzmanagement
9	Deeskalationstraining
10	OP-Koordination

## 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	(3621) Intensivmedizin/Herzchirurgie
2	(2100) Herzchirurgie

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

##### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Falk-Udo Sack, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4050
Fax:	0621 503 4060
E-Mail:	herzchirurgie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur
3	Herzklappenchirurgie <i>Es wird minimal-invasive Mitralklappenchirurgie durchgeführt.</i>
4	Schrittmachereingriffe
5	Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI)
6	Aortenaneurysmachirurgie
7	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
8	Kunstherz / ventrikuläre Unterstützungssysteme
9	Carotis-TEA kombiniert mit herzchirurgischen Eingriffen
10	Eingriffe an der thorakalen Aorta
11	Tumorchirurgie
12	Defibrillatoreingriffe
13	Lungenembolektomie
14	Behandlung von Verletzungen am Herzen
15	Eingriffe am Perikard
16	Lungenchirurgie
17	Operationen wegen Thoraxtrauma
18	Thorakoskopische Eingriffe
19	Metall-/Fremdkörperentfernungen
20	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
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:	837
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	194
2	I35.0	Aortenklappenstenose	141
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	111
4	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	57
5	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	41
6	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	36
7	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	26
8	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	24

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	18
10	I20.0	Instabile Angina pectoris	16
11	I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	13
12	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	12
13	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	11
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	11
15	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	9
16	I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	8
17	T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesvorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	8
18	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	8
19	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	7
20	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	5
21	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	5
22	Q21.1	Vorhofseptumdefekt	4
23	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	4
24	I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
25	I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert	< 4
26	I34.80	Nichtreumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	< 4
27	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	< 4
30	A49.1	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4

### B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	229
2	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	216
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	136

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
4	I34	Nichtreumatische Mitralklappenkrankheiten	42
5	I33	Akute und subakute Endokarditis	41
6	I20	Angina pectoris	40
7	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	32
8	I08	Krankheiten mehrerer Herzklappen	18
9	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	17
10	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	9

### 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 reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	661
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	475
3	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	356
4	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	308
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	299
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	273
7	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	193
8	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	153
9	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	144
10	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	137
11	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	126
12	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	117
13	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	115

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	104
15	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	102
16	5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	101
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	85
18	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	83
19	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	77
20	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	76
21	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	76
22	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	68
23	6-004.d	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Levosimendan, parenteral	67
24	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	57
25	5-351.12	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	49
26	5-370.2	Perikardiotomie und Kardiotomie: Adhäsiolyse am Perikard	45
27	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	44
28	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	42
29	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	42
30	5-351.06	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten	41



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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	799
2	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	671
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	535
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	524
5	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	475
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	273
7	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	236
8	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	198
9	5-38b	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation	174
10	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	167

## B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b> Diagnostik von herzchirurgischen Patienten
2	<b>HZ-AMBULANZ</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<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>
3	<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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,20	16,20	0,00	0,00	16,20	51,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,12	8,12	0,00	0,00	8,12	103,1

#### 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-[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	75,54	75,54	0,00	0,00	75,54	11,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,16	0,16	0,00	0,00	0,16	5231,3
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,61	0,61	0,00	0,00	0,61	1372,1
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,36	0,36	0,00	0,00	0,36	2325,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,43	2,43	0,00	0,00	2,43	344,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,80	4,80	0,00	0,00	4,80	174,4

**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	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege im Operationsdienst
4	Notfallpflege
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung
7	Intermediate Care Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Sturzmanagement
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/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Markus Müller, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4400
Fax:	0621 503 4413
E-Mail:	urologie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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:	4035
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	418
2	N20.1	Ureterstein	323
3	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	315
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	291
5	N40	Prostatahyperplasie	235
6	N20.0	Nierenstein	230
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	144
8	R33	Harnverhaltung	133
9	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	121
10	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	113
11	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	94
12	N13.6	Pyonephrose	90
13	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	75
14	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	75
15	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	69
16	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	62
17	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Harnblase	48
18	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	48
19	T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	48
20	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	46
21	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	45

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	43
23	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	40
24	N32.0	Blasenhalsobstruktion	38
25	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	35
26	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	34
27	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	30
28	N41.0	Akute Prostatitis	29
29	N44.0	Hodentorsion	27
30	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	26

### B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	671
2	N20	Nieren- und Ureterstein	622
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	473
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	291
5	N40	Prostatahyperplasie	235
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	165
7	R33	Harnverhaltung	133
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	121
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	95
10	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	89

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	829
2	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	642
3	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	443
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	434



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	380
6	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	228
7	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	227
8	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	186
9	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	182
10	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	175
11	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	169
12	8-110.2	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Niere	160
13	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	158
14	3-13f	Zystographie	148
15	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	129
16	8-133.1	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung	100
17	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	96
18	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	94
19	5-604.42	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	93
20	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	93
21	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	92
22	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	92
23	8-137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung	91
24	1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	89

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	83
26	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	79
27	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	78
28	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	76
29	3-13d.5	Urographie: Retrograd	74
30	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	73

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	1142
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	836
3	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	559
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	434
5	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	408
6	3-05c	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane	380
7	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	350
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	297

### B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<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

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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
	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

<b>4</b>	<b>KONTINENZSPRECHSTUNDE</b>
	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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	284
2	5-640	Operationen am Präputium	127
3	5-572	Zystostomie	35
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	32
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	21
6	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	17
7	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	16
8	5-624	Orchidopexie	11
9	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	8
10	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	5

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

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

## B-[7].11 Personelle Ausstattung

### B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	15,59	15,47	0,12	1,59	14,00	288,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,26	9,14	0,12	0,94	8,32	485,0

**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-[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 Tumorthherapie
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	28,69	28,69	0,00	1,00	27,69	145,7
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,25	0,25	0,00	0,00	0,25	16140,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75	5380,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,68	0,68	0,00	0,60	0,08	50437,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,71	6,71	0,00	0,30	6,41	629,5

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

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

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Basale Stimulation
2	Diabetes
3	Geriatric
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care
11	Breast Care Nurse
12	Deeskalationstraining
13	OP-Koordination
14	Still- und Laktationsberatung

## 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	(2500) Geburtshilfe
2	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3	(2425) Frauenheilkunde

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

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3250
Fax:	0621 503 3271
E-Mail:	<a href="mailto:gyn@klilu.de">gyn@klilu.de</a>
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>

  

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>

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



MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
19	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes</p> <p><i>Ambulante und stationäre Betreuung von Risikoschwangerschaften, Geburtsplanung, Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese).</i></p>
20	Geburtshilfliche Operationen
21	Cerclage (Naht am Gebärmutterhals)
22	Ambulante Entbindung
23	Betreuung von Risikoschwangerschaften
24	<p>Angebot für werdende Eltern</p> <p><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></p>
25	Sonographie mit Kontrastmittel
26	Native Sonographie
27	3D und 4D-Sonographie
28	Duplexsonographie
29	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Brustsprechstunde, Dysplasiesprechstunde, Kindergynäkologische Sprechstunde, Endometriose-Sprechstunde, Sprechstunde im Rahmen der Geburtsvorbereitung (Geburtsplanung und Hebammensprechstunde)</i></p>
30	<p>Zentrale Notaufnahme</p> <p><i>Behandlung von Notfällen (24h)</i></p>
31	<p>Brustzentrum</p> <p><i>Das Brustzentrum Ludwigshafen ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 20.03.2018).</i></p>
32	<p>Kontinenz- und Beckenbodenzentrum</p> <p><i>Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).</i></p>

## 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:	2591
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	455
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	162
3	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	118
4	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	93
5	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	81
6	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	52
7	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	51
8	O28.8	Sonstige abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter	50
9	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	47
10	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	45
11	O20.0	Drohender Abort	43
12	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	40
13	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	39
14	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	38
15	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	35
16	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	34
17	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	30
18	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	29
19	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	28
20	O06.4	Nicht näher bezeichneter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	27
21	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	27
22	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	24
23	O98.8	Sonstige infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	24
24	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	23
25	N81.1	Zystozele	23
26	O00.1	Tubargravidität	21
27	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	21

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	21
29	O81	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumentextraktion	19
30	O34.39	Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	19

### B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	457
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	201
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	162
4	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	118
5	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	95
6	O70	Dammriss unter der Geburt	78
7	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	77
8	D25	Leiomyom des Uterus	65
9	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	59
10	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	53

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	468
2	1-242	Audiometrie	425
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	245
4	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	179
5	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	128
6	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	126
7	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)	113

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel- Lymphonodektomie)	109
9	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	95
10	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein- Phasen-Szintigraphie	95
11	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	93
12	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	91
13	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	86
14	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	84
15	3-709.x	Szintigraphie des Lymphsystems: Sonstige	83
16	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	71
17	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	66
18	5-707.1	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Douglasplastik	57
19	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)	54
20	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	54
21	5-657.72	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	53
22	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	52
23	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	47
24	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	46
25	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	46
26	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	44

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	44
28	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	44
29	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	40
30	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	38

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	508
2	1-242	Audiometrie	425
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	245
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	200
5	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	190
6	5-749	Andere Sectio caesarea	189
7	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	179
8	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	175
9	5-469	Andere Operationen am Darm	161
10	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	139

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

1	<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>
	Risikoschwangerschaft (Amniozentese/Fruchtwasseruntersuchung)
	Geburtsplanung
	Betreuung von Risikoschwangerschaften
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	<i>Für die türkisch-, englisch-, arabisch-, persisch- und russischsprachigen 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>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>5</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>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 einen niedergelassenen 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>
	Diagnostik und Therapie bei Blutungsstörungen
	Endokrinologische Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen
	Fehlbildungen und Tumoren
<b>9</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	<b>OPS</b>	<b>BEZEICHNUNG</b>	<b>FALLZAH</b>
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	109
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	99
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	66
4	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	41
5	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	10
6	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	9
7	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	6
8	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
10	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4

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

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

## B-[8].11 Personelle Ausstattung

### B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	11,39	11,39	0,00	1,95	9,44	274,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,28	6,28	0,00	1,16	5,12	506,1

#### 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].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Medikamentöse Tumortherapie



## B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	20,36	20,36	0,00	1,00	19,36	133,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,89	3,89	0,00	0,00	3,89	666,1
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,25	0,25	0,00	0,00	0,25	10364,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,53	5,53	0,00	0,00	5,53	468,5
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,29	0,29	0,00	0,00	0,29	8934,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,19	2,19	0,00	0,27	1,92	1349,5

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

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

## ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

10 Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Diabetes
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Sturzmanagement
9	Palliative Care
10	Breast Care Nurse
11	OP-Koordination
12	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/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Klaus-Wolfgang Delank, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3401
Fax:	0621 503 3403
E-Mail:	hno@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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 (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</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:	3310
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	255
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	167
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	143
4	J36	Peritonsillarabszess	123
5	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	113
6	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	101
7	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	94
8	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	82
9	R04.0	Epistaxis	82
10	H71	Cholesteatom des Mittelohres	80
11	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	69
12	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	66
13	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	60
14	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	58
15	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	46
16	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	45
17	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	42
18	G51.0	Fazialisparese	40

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	K11.2	Sialadenitis	39
20	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	39
21	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	38
22	S02.2	Nasenbeinfraktur	34
23	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	32
24	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	32
25	H91.0	Ototoxischer Hörverlust	31
26	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	30
27	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	28
28	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	27
29	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	26
30	S03.1	Luxation des knorpeligen Nasenseptums	26

### B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	308
2	J32	Chronische Sinusitis	279
3	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	276
4	H91	Sonstiger Hörverlust	170
5	J36	Peritonsillarabszess	123
6	J03	Akute Tonsillitis	104
7	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	96
8	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	90
9	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	85
10	R04	Blutung aus den Atemwegen	84

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-242	Audiometrie	646
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	482

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	471
4	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	455
5	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	444
6	1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt	360
7	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	313
8	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	302
9	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	280
10	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	248
11	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	193
12	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	188
13	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	173
14	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	171
15	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	171
16	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	166
17	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	159
18	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	151
19	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	141
20	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	135
21	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	124
22	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszess tonsillektomie	120
23	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	118
24	5-983	Reoperation	96
25	1-422.1	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Hypopharynx	88
26	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	87

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	86
28	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	72
29	5-852.g0	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entnahme von Faszie zur Transplantation: Kopf und Hals	66
30	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	63

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	670
2	1-242	Audiometrie	646
3	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	640
4	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	511
5	5-984	Mikrochirurgische Technik	482
6	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	455
7	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	449
8	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	444
9	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	308

### B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	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



<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
	Interdisziplinäre Tumornachsorge
	Laserchirurgie
	Mittelohrchirurgie
	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
	Schwindeldiagnostik/-therapie
	<i>Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für HNO-Heilkunde erforderlich.</i>
<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>3</b>	<b>PHONIATRIE UND PÄDAUDIOLOGIE</b>
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Leistungen der Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
	Phoniatrie
	Pädaudiologie
	<i>Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt (Allgemeinarzt/Praktischer Arzt, HNO-Arzt, Internist, Kinderarzt, Nervenarzt oder Neurologe)</i>
<b>4</b>	<b>ZENTRALE NOTAUFNAHME</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-200	Parazentese [Myringotomie]	247
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	214
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	100
4	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	64
5	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	63
6	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	30
7	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	27
8	5-184	Plastische Korrektur absteherender Ohren	15
9	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	14
10	5-260	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	10

### 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	15,96	15,96	0,00	3,66	12,30	269,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,54	7,54	0,00	1,73	5,81	569,7

### 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-[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	34,88	34,88	0,00	2,00	32,88	100,7
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,95	1,95	0,00	0,00	1,95	1697,4
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,71	0,71	0,00	0,00	0,71	4662,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,11	0,11	0,00	0,00	0,11	30090,9
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,13	0,13	0,00	0,00	0,13	25461,5
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,09	3,09	0,00	0,54	2,55	1298,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,96	6,96	0,00	0,00	6,96	475,6

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
9	Sturzmanagement
10	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/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Lars-Olof Hattenbach, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3051
Fax:	0621 503 3081
E-Mail:	auge@klilu.de
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:	2471
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	714
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	286
3	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	265
4	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	253
5	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	110
6	H43.1	Glaskörperblutung	78
7	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	63
8	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	62
9	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	47
10	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	44
11	H16.0	Ulcus corneae	37
12	H40.0	Glaukomverdacht	36
13	H27.0	Aphakie	34
14	H47.2	Optikusatrophie	28
15	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	26
16	H35.6	Netzhautblutung	25
17	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	20
18	H02.1	Ektropium des Augenlides	18
19	H11.0	Pterygium	15
20	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	15
21	H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	15
22	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	14
23	H59.8	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen	12
24	H02.3	Blepharochalasis	12



	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	H40.9	Glaukom, nicht näher bezeichnet	9
26	B02.3	Zoster ophthalmicus	9
27	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	9
28	H33.2	Seröse Netzhautablösung	8
29	H44.0	Purulente Endophthalmitis	8
30	H40.4	Glaukom (sekundär) nach Entzündung des Auges	7

### B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	H25	Cataracta senilis	732
2	H40	Glaukom	465
3	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	343
4	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	301
5	H43	Affektionen des Glaskörpers	83
6	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	78
7	H34	Netzhautgefäßverschluss	68
8	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	63
9	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	56
10	H16	Keratitis	42

### 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	857
2	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	410
3	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	379
4	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	302
5	5-158.43	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölimplantation	124

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölenfernung	124
7	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	108
8	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	98
9	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	95
10	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	92
11	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	79
12	1-999.1	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren	74
13	5-160.3	Orbitotomie: Transkutane anteriorer Zugang	72
14	5-093.2	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch horizontale Verkürzung des Augenlides	68
15	5-156.1	Andere Operationen an der Retina: Retinektomie	60
16	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	58
17	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	54
18	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	52
19	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	47
20	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	45
21	5-158.41	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Luft	45
22	5-154.0	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Krypexie	43
23	5-138.10	Operationen an der Sklera: Naht der Sklera: Primäre Naht	41
24	5-132.22	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklphotokoagulation: Transskleral	39
25	5-158.13	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	34
26	5-093.3	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Operation an den Lidretraktoren	31

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	5-132.1	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklorkryotherapie	31
28	5-146.06	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	30
29	5-137.4	Andere Operationen an der Iris: Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)	25
30	5-136.1	Andere Iridektomie und Iridotomie: Iridotomie mit Laser	25

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	892
2	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	789
3	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	453
4	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	380
5	1-220	Messung des Augeninnendruckes	302
6	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	161
7	5-156	Andere Operationen an der Retina	144
8	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	104
9	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	95
10	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	81

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

<b>1</b>	<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
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	1161
2	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	274
3	5-142	Kapsulotomie der Linse	141
4	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	92
5	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	67
6	5-129	Andere Operationen an der Kornea	14
7	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	6
8	5-137	Andere Operationen an der Iris	5
9	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	4
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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,39	12,39	0,00	3,05	9,34	264,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,02	6,02	0,00	1,48	4,54	544,3

#### 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-[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	20,05	20,05	0,00	1,50	18,55	133,2
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,10	1,10	0,00	0,00	1,10	2246,4
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,05	0,05	0,00	0,00	0,05	49420,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,28	2,28	0,00	0,00	2,28	1083,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,40	8,40	0,00	1,04	7,36	335,7

**Abkürzungen:**

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

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
5	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Kontinenzmanagement
4	Schmerzmanagement
5	Wundmanagement
6	Dekubitusmanagement
7	Sturzmanagement

## 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/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Armin Grau, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4200
Fax:	0621 503 4202
E-Mail:	neurologie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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 Juli 2019). Sie ist das Spezialzentrum zur Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz.</i>
20	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-[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:	3680
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	490
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	402
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	235
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	170
5	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	121
6	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	88
7	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	77
8	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	68
9	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	58
10	R42	Schwindel und Taumel	51
11	R20.1	Hypästhesie der Haut	50
12	R55	Synkope und Kollaps	46
13	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	46
14	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	44
15	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	43

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	42
17	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	42
18	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	42
19	R51	Kopfschmerz	35
20	G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	32
21	H81.2	Neuropathia vestibularis	31
22	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	30
23	G44.2	Spannungskopfschmerz	28
24	G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	26
25	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	26
26	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	25
27	H49.2	Lähmung des N. abducens [VI. Hirnnerv]	25
28	G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	25
29	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	24
30	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	24

### B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I63	Hirnfarkt	1025
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	416
3	G40	Epilepsie	381
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	144
5	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	96
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	82
7	I61	Intrazerebrale Blutung	77
8	G43	Migräne	72
9	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	70
10	G62	Sonstige Polyneuropathien	69

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2241
2	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1764
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1519
4	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	839
5	1-205	Elektromyographie (EMG)	791
6	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	538
7	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	488
8	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	481
9	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	384
10	1-206	Neurographie	358
11	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	309
12	1-207.1	Elektroenzephalographie (EEG): Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	235
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	226
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	221
15	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	189
16	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	182
17	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	158
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	124
19	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	90
20	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	70
21	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	67

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	67
23	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	53
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	51
25	1-902.1	Testpsychologische Diagnostik: Komplex	48
26	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	43
27	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	38
28	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	37
29	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	34
30	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	34

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2241
2	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	2014
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1320
4	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	759
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	711
6	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	540
7	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	384

### B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<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

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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>
	Indikationsprüfung einer immunmodulatorischen Therapie
	Behandlung symptomatischer Beschwerden
	Therapieeinleitung und Überwachung
	Differentialdiagnostische Abklärung einer Multiplen Sklerose
	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

<b>4</b>	<b>NEUROPHYSIOLOGISCHE AMBULANZ</b>
	<i>Auf Überweisung durch Nervenärzte und Neurologen: - Elektromyographische Untersuchungen mit Neurographie - Messung visuell, akustisch und/ oder somatosensibel evozierter Hirnpotentiale 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>
	Verlaufskontrolle komplizierter, komplexer neurovaskulärer Befunde
	Indikationsstellung zur Intervention 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
	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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	27,64	27,64	0,00	3,28	24,36	151,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,28	8,28	0,00	0,98	7,30	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-[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	42,51	42,51	0,00	1,27	41,24	89,2
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,89	2,89	0,00	0,00	2,89	1273,4
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,86	0,86	0,00	0,00	0,86	4279,1
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,63	2,63	0,00	0,00	2,63	1399,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,33	1,33	0,00	0,00	1,33	2766,9

**Abkürzungen:**

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



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

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

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Sturzmanagement
9	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/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Schnabel, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3800
Fax:	0621 503 3838
E-Mail:	strahlen@klilu.de
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:	753
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	126
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	99
3	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	57
4	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	54
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	47
6	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	21
7	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	18
8	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	18
9	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	16
10	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	14
11	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	13
12	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	12
13	C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis	11
14	C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	11
15	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	11
16	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	10
17	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	10
18	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	10
19	C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet	9
20	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	9
21	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	8
22	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	7
23	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	7
24	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	6
25	C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet	6
26	C04.0	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens	6
27	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	5
28	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	5
30	C11.9	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, nicht näher bezeichnet	5

### B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	198
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	99
3	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	99
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	47
5	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	30
6	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	30
7	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	23
8	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	19
9	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	18
10	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	16

### 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	2719
2	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	707
3	8-528.9	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan	295
4	8-531.00	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	142
5	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	113
6	8-531.10	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	90
7	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	86

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	8-542.31	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 1 Medikament	86
9	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	69
10	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	68
11	8-531.11	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	59
12	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	42
13	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	40
14	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	37
15	8-542.51	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	36
16	8-542.41	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 1 Medikament	35
17	8-522.60	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	32
18	8-522.30	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	24
19	8-542.32	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	23
20	8-542.22	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	21
21	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	21
22	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	21
23	8-528.8	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, ohne 3D-Plan	18
24	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	15
25	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	14

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	13
27	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	13
28	8-542.42	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	12
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	12
30	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	11

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	3499
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	378
3	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	313
4	8-531	Radiojodtherapie	299
5	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	115
6	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	82
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	73

### B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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
<b>2</b>	<b>FACHBEREICH STRAHLENTHERAPIE</b>
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie

<b>2</b>	<b>FACHBEREICH STRAHLENTHERAPIE</b>
	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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	5,16	5,16	0,00	1,39	3,77	199,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,63	1,63	0,00	0,44	1,19	632,8

#### 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-[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	12,57	12,57	0,00	0,00	12,57	59,9
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,15	0,15	0,00	0,00	0,15	5020,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,66	0,66	0,00	0,00	0,66	1140,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,10	1,10	0,00	0,68	0,42	1792,9

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Kontinenzmanagement
4	Qualitätsmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Sturzmanagement
9	Palliative Care

## 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/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Edgar Dippel, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3350
Fax:	0621 503 3366
E-Mail:	hautklinik@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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 Notfällen (24h)</i>
27	Hauttumorzentrum <i>Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</i>

## B-[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:	2776
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	860
2	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	123
3	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	91
4	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	91
5	A46	Erysipel [Wundrose]	76
6	B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	73
7	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	71
8	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	67
9	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	67
10	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	63
11	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	62
12	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	55
13	L40.0	Psoriasis vulgaris	50
14	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	46
15	L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	37
16	B86	Skabies	37
17	L12.0	Bullöses Pemphigoid	37
18	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	34
19	C84.0	Mycosis fungoides	32

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	29
21	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	28
22	D03.5	Melanoma in situ des Rumpfes	22
23	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	22
24	L40.8	Sonstige Psoriasis	22
25	L73.2	Hidradenitis suppurativa	21
26	C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	19
27	T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden	19
28	D03.7	Melanoma in situ der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	18
29	D03.6	Melanoma in situ der oberen Extremität, einschließlich Schulter	17
30	L50.8	Sonstige Urtikaria	17

### B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1303
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	310
3	D03	Melanoma in situ	120
4	B02	Zoster [Herpes zoster]	97
5	L30	Sonstige Dermatitis	96
6	L40	Psoriasis	80
7	A46	Erysipel [Wundrose]	76
8	D04	Carcinoma in situ der Haut	59
9	L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	38
10	L12	Pemphigoidkrankheiten	37

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	1271

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	1191
3	8-191.x	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige	727
4	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	507
5	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	403
6	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	395
7	5-913.54	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	389
8	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	352
9	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	326
10	8-191.40	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Überknüpfpolsterverband, großflächig: Ohne Immobilisation durch Gipsverband	246
11	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	188
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	185
13	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	183
14	5-913.b4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Sonstige Teile Kopf	178
15	5-895.1a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	172
16	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	169
17	5-913.24	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	166
18	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	162

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	5-916.7a	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	148
20	5-913.5a	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Brustwand und Rücken	109
21	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	105
22	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	94
23	5-895.1f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	88
24	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	76
25	1-490.4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Rumpf	74
26	5-916.7f	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	73
27	5-895.15	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hals	72
28	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	71
29	8-560.4	Lichttherapie: Photodynamische Therapie (PDT)	69
30	5-903.6a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	66

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	2322
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2215
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1670
4	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	1436
5	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	1426
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	406
7	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	396
8	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	368
9	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	338

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
10	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	314

## B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Ästhetische Dermatologie
	Diagnostik und Therapie von Allergien
	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
2	HAUTAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Kindersprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Nagelsprechstunde, Onkosprechstunde
	<i>Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich</i>
3	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	10
2	5-097	Blepharoplastik	< 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	13,44	13,44	0,00	2,44	11,00	252,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,52	4,52	0,00	0,82	3,70	750,3

#### 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].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

## 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	20,36	20,36	0,00	0,54	19,82	140,1
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,04	0,04	0,00	0,00	0,04	69400,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,38	1,38	0,00	0,00	1,38	2011,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,17	4,17	0,00	2,00	2,17	1279,3

### 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	Diplom
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege im Operationsdienst
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

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

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

## ZUSATZQUALIFIKATIONEN

6 Dekubitusmanagement

7 Sturzmanagement

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

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

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Robert Andreas Mischkowski, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3700
Fax:	0621 503 3709
E-Mail:	mkpg@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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 (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</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:	1102
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	85
2	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	73
3	K05.3	Chronische Parodontitis	55
4	K10.28	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer	52
5	K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	45
6	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	42
7	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	41
8	S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile	39
9	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	32
10	S02.2	Nasenbeinfraktur	30
11	K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	27
12	K02.1	Karies des Dentins	27
13	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	27
14	S06.0	Gehirnerschütterung	26
15	S02.69	Unterkieferfraktur: Mehrere Teile	24
16	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	23
17	K12.20	Mund- (Boden-) Phlegmone	16
18	K02.5	Karies mit freiliegender Pulpa	16
19	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	15
20	K10.21	Maxillärer Abszess mit Angabe einer Ausbreitung nach retromaxillär oder in die Fossa canina	13
21	K08.2	Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae	13
23	K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	11
24	K07.3	Zahnstellungsanomalien	11
25	K04.8	Radikuläre Zyste	11
26	S02.5	Zahnfraktur	8
27	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	8
28	K09.0	Entwicklungsbedingte odontogene Zysten	8
29	K08.3	Verbliebene Zahnwurzel	7
30	S01.51	Offene Wunde: Lippe	7

### B-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	281
2	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	103
3	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	78
4	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	77
5	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	74
6	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	60
7	K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	56
8	K02	Zahnkaries	51
9	S06	Intrakranielle Verletzung	31
10	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	26

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	302
2	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	199
3	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	124
4	5-769.2	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	121

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-240.2	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes: Osteotomie des Alveolarkammes [Alveolotomie]	113
6	5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	104
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	53
8	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	53
9	5-273.1	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Inzision und Drainage, vestibulär subperiostal	52
10	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	52
11	5-770.5	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)	49
12	5-279.0	Andere Operationen am Mund: Operative Blutstillung	48
13	5-244.20	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	47
14	5-057.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Hirnnerven extrakraniell	47
15	1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt	45
16	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	45
17	5-230.1	Zahnextraktion: Mehrwurzeliger Zahn	43
18	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	43
19	5-766.3	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, von außen	43
20	5-984	Mikrochirurgische Technik	42
21	8-925.00	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit Stimulationselektroden	41
22	5-230.0	Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn	41
23	5-270.5	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär	40
24	5-770.7	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	40
25	8-701	Einfache endotracheale Intubation	40
26	5-764.23	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	38



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	38
28	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	36
29	5-249.2	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen: Operative Fixation eines kieferorthopädischen Gerätes	35
30	5-403.02	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 3 Regionen	35

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	5-241	Gingivaplastik	330
2	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	254
3	5-230	Zahnextraktion	236
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	223
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	154
6	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	152
7	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	150
8	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	128
9	5-240	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes	115
10	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	89

### B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<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

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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)	67
2	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	27
3	5-241	Gingivoplastik	13
4	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
6	5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	< 4
7	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	< 4
8	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	< 4
9	5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung	< 4

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

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

## B-[14].11 Personelle Ausstattung

### B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,17	9,17	0,00	1,59	7,58	145,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,21	4,21	0,00	0,73	3,48	316,7

#### 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].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Plastische Operationen

### B-[14].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,09	11,09	0,00	1,90	9,19	119,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,14	0,14	0,00	0,00	0,14	7871,4

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,11	0,11	0,00	0,00	0,11	10018,2
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,13	0,13	0,00	0,00	0,13	8476,9
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,57	0,57	0,00	0,00	0,57	1933,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,98	0,98	0,00	0,00	0,98	1124,5

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Sturzmanagement

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

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

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

### B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Wolfgang Zink, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3000
Fax:	0621 503 3024
E-Mail:	anaesthesie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_und_operative_intensivmedizin/index_ger.html">https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_und_operative_intensivmedizin/index_ger.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 verantwortlich für die Durchführung von über 19.000 Anästhesieleistungen pro Jahr bei operativen u. diagnostischen Eingriffen, die Betreuung schwerstkranker Patienten auf der operativen Intensivstation sowie für die Therapie akuter u. chronischer Schmerzzustände.</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 in der Regel von der Intensivstation in andere Fachbereiche verlegt. Die genannte Fallzahl entspricht den Patienten, welche direkt von der Intensivstation entlassen worden sind.

Vollstationäre Fallzahl:	120
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

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	8
2	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	4
3	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	< 4
4	S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile	< 4
5	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
6	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
7	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	< 4
8	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	< 4
9	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	< 4
10	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	< 4
11	S27.1	Traumatischer Hämatothorax	< 4
12	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	< 4
13	R57.2	Septischer Schock	< 4
14	J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	< 4
15	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	< 4
16	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
17	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
18	K81.0	Akute Cholezystitis	< 4
19	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	< 4
20	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	< 4
21	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	< 4
22	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	T43.2	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva	< 4
24	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	< 4
25	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
26	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	< 4
27	J38.6	Kehlkopfstenose	< 4
28	C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	< 4
29	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
30	S39.9	Nicht näher bezeichnete Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4

### B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I70	Atherosklerose	10
2	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	5
3	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	5
4	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	4
5	I50	Herzinsuffizienz	4
6	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	4
7	S36	Verletzung von intraabdominalen Organen	< 4
8	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	< 4
9	A41	Sonstige Sepsis	< 4
10	J86	Pyothorax	< 4

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

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

	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	684
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	411



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	348
4	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	143
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	131
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	118
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	115
8	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	75
9	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	71
10	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	67
11	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	46
12	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	39
13	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	38
14	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	34
15	5-541.3	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Second-look-Laparotomie (programmierte Relaparotomie)	33
16	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	30
17	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	30
18	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse: Offen chirurgisch	27
19	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	26
20	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	24
21	5-983	Reoperation	24
22	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	23

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	22
24	8-836.7c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße Unterschenkel	21
25	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	21
26	8-98f.21	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	19
27	5-312.0	Permanente Tracheostomie: Tracheotomie	19
28	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	19
29	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	18
30	5-541.1	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	17

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	684
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	580
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	257
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	189
5	8-854	Hämodialyse	121
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	118
7	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	116
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	115
9	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	7

### B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	53,11	53,11	0,00	2,39	50,72	2,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	36,74	36,74	0,00	1,65	35,09	3,4

#### 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-[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	69,44	69,44	0,00	3,23	66,21	1,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	120,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,34	1,34	0,00	0,00	1,34	89,6

### Abkürzungen:

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

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Ernährungsmanagement
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement

## 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/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Henry Kohler, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3650
Fax:	0621 503 3660
E-Mail:	kohlerh@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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>
Name/Funktion:	Monique Zabel, Leitende Therapeutin
Telefon:	0621 503 3658
Fax:	0621 503 3654
E-Mail:	prm@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

[https://www.kli.lu.de/content/medizin\\_pflege/kliniken\\_und\\_fachbereiche/institute\\_a\\_z/physikalische\\_und\\_rehabilitative\\_medizin/index\\_ger.html](https://www.kli.lu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html)

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarms
2	Therapie von Verletzungen des Halses
3	Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
4	Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
5	Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
6	Therapie von Verletzungen des Handgelenks und der Hand
7	Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
8	Therapie von sonstigen Verletzungen
9	Therapie von Verletzungen des Thorax
10	Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms
11	Therapie von Verletzungen des Kopfes
12	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
13	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
14	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
15	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
19	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
20	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
21	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
22	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
23	Sportmedizin/Sporttraumatologie
24	Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
25	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath Konzept, PNF)
26	Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie
27	Orthopädische und unfallchirurgische konservative Behandlung
28	Manuelle Therapie, Fascientechniken nach Typaldos
29	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
30	Massage: Klassische und Spezialmassagen
31	Physikalische Therapie
32	Stationäre Herzsportgruppe
33	Chirotherapie
34	Chirodiagnostik
35	Manuelle Lymphdrainage/Kompressionsbehandlung
36	Funktionelle Beckenbodenarbeit
37	Ergotherapie/Arbeitstherapie
38	Atemgymnastik/-therapie
39	Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

### B-[16].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

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

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

### B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES ÄRZTLICHEN LEITERS
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Nicht-ärztliche Heilbehandlungen
	Physikalische Therapie



<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES ÄRZTLICHEN LEITERS</b>
	Orthopädisch-unfallchirurgische konservative Behandlung Chirotherapie und Chirodiagnostik
<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:	Ja
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

## B-[16].11 Personelle Ausstattung

### B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

#### Abkürzungen:

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

### B-[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
5	Notfallmedizin
6	Rehabilitationswesen
7	Spezielle Unfallchirurgie

## 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	1,31	1,31	0,00	0,00	1,31	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].11.2.1 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/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Günter Layer, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4500
Fax:	0621 503 4590
E-Mail:	radiologie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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 Hauptdiagnosen 3-stellig

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4841
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2662
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	2656
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2178
5	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	2135
6	3-202	Native Computertomographie des Thorax	1172
7	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	784
8	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	782
9	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	746
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	552
11	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	469
12	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	405
13	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	394
14	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	373
15	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	347
16	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	341

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	305
18	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	266
19	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	258
20	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	203
21	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	201
22	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	188
23	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	154
24	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	154
25	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	105
26	3-843.0	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	92
27	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	90
28	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	87
29	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	83
30	3-721.01	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie in Ruhe: Mit EKG-Triggerung	82

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4841
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2662
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	2656
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2178
5	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	2135
6	3-202	Native Computertomographie des Thorax	1172
7	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	784
8	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	782
9	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	746
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	552

## B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	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
	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 diagnostischer 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

<b>4</b>	<b>BRUSTSPRECHSTUNDE</b>
	Tomosynthese
	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	Vakuumstanzbiopsie
<b>5</b>	<b>NOTFALLAMBULANZ (24H)</b>
	Notfallambulanz (24h)
	Notfalldiagnostik

## 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,04	15,69	0,35	3,52	12,52	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,05	7,70	0,35	1,73	6,32	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	5,95	5,95	0,00	0,55	5,40	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/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Mindaugas Andrusis, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4300
Fax:	0621 503 4330
E-Mail:	pathologie@klilu.de
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
19	Dermatohistologie

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

### B-[18].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

### B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-990	Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung	22

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	9-990	Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung	22

## B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	FACHBEREICH PATHOLOGIE
	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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,71	7,42	0,29	2,18	5,53	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,54	3,25	0,29	0,95	2,59	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	0,58	0,58	0,00	0,00	0,58	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/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Matthias F. Bauer, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3500
Fax:	0621 503 3520
E-Mail:	BauerMat@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<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 oder Luft, etc.</i></p>
14	<p>Transfusionsmedizin</p> <p><i>Die immunhämatologische Labordiagnostik und Bereitstellung von Blutkonserven für die Transfusion in den Kliniken und Ambulanzen erfolgt im ILHT.</i></p>

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 Hauptdiagnosen 3-stellig

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

### B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Liquor-Diagnostik
	Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen
	Toxikologie
	Harn- und Stuhluntersuchungen
	Diagnostik von Gerinnungsstörungen
	Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
	Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten
	Präparative Stammzellapheresen
	Transfusionsmedizin
	Point of Care Testing
	Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie"
	Hormonbestimmungen
	Hämatologie
	Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten
	Autoimmundiagnostik



<b>1</b>	<b>PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES</b>
	Medikamentenspiegelbestimmungen
	Spezialsprechstunden (Humangenetische Beratung, Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels)
<b>2</b>	<b>FACHBEREICH LABORATORIUMS- UND TRANSFUSIONSMEZIN</b>
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	Peritransfusionelle Labordiagnostik, Immunhämatologie
	Diagnostik von Gerinnungsstörungen
	<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.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,13	8,13	0,00	1,65	6,48	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,23	5,23	0,00	1,00	4,23	0,0

#### Abkürzungen:

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

### B-[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	12,78	12,78	0,00	1,06	11,72	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.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/index_ger.html">https://www.klilu.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/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. rer. nat. Norbert Marxer, Chefapotheker
Telefon:	0621 503 3030
Fax:	0621 503 3033
E-Mail:	apotheker@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	<a href="https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/index_ger.html">https://www.klilu.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	<p>Arzneimittelversorgung</p> <p><i>Belieferung der Stationen und Bereiche für ambulante und stationäre Patienten mit Arzneimitteln, Infusionen, Röntgenkontrastmitteln und Verbandstoffen</i></p>
2	<p>Erstellung und Fortentwicklung der Arzneimittelliste</p> <p><i>Über die interdisziplinär besetzte Arzneimittelkommission wird entschieden, welche Arzneimittel im Klinikum zur Therapie eingesetzt und benötigt werden. Die ca. 1.500 ausgewählten Präparate werden in einer klinikinternen verbindlichen Arzneimittelliste zusammengefasst.</i></p>
3	<p>Arzneimittelherstellung</p> <p><i>In der Rezeptur/Defektur werden Salben, Cremes, Lösungen, Lotionen, Kapseln, Tropfen hergestellt. Im Sterilbereich erfolgt die aseptische Herstellung von patientenindividuellen Zytostatikazubereitungen, Augenarzneimitteln, spez. Zubereitungen zur patientengesteuerten Analgesie u. Studienmedikamenten</i></p>
4	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Beantwortung der Anfragen von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich Auswahl, Dosierung, Dosisanpassung, Applikation, Kompatibilitäten, Interaktionen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln</i></p>
5	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Durchführung der Arzneimittelanamnese bei der Patientenaufnahme</i></p>
6	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Die Beratung der Ärzte zur individuellen Arzneimitteltherapie von Patienten auf Station</i></p>
7	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Bereitstellung von Informationen zu gelisteten Arzneimitteln</i></p>
8	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Umsetzungsempfehlungen für Hausmedikationen durch Apotheker auf Station</i></p>
9	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Bewertung von neuen Präparaten</i></p>
10	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Erfassung, Bewertung und Weiterleitung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen</i></p>
11	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Erstellung von Verbrauchsstatistiken, Beratung zum Arzneimittelverbrauch, Vergleich von Therapiekosten bei vergleichbarer Wirksamkeit</i></p>
12	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Qualitätskontrolle des Umgangs mit Arzneimitteln v.a. im Rahmen von Stationsbegehungen</i></p>
13	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Mitarbeit bei klinischen Studien</i></p>
14	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Geschäftsführung bei der Arzneimittelkommission</i></p>
15	<p>Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p><i>Durchführung von klinikinternen Fortbildungen und Schulungen</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
16	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Leitung des hauseigenen antibiotic-stewardship-Gremiums</i>
17	Pharmazeutische Dienstleistungen <i>Teilnahme an der infektiologischen Visite der Intensivstationen</i>
18	Zertifizierung durch die Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz (Re-Zertifizierung Oktober 2017)

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

Abbildung für das gesamte Klinikum im A-Teil

### B-[20].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

### 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)	1,98
Pharmazeutisch-Kaufm. Assistent(in)	4,0
Pharmazeutisch-Techn. Assistent(in)	5,24
Praktikant(in)	1,67
Auszubildende(r) (PKA)	1,0
Hilfskraft	1,0
Sachbearbeiter(in)	0,52
<b>Gesamt</b>	<b>18,66</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	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	254	100
2	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	39	100
3	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	24	100
4	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation (09/4)	112	100
5	Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel (09/5)	46	100
6	Implantierbare Defibrillatoren- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/6)	50	100
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	138	100
8	Gynäkologische Operationen (15/1)	360	100,28
9	Geburtshilfe (16/1)	504	100
10	Mammachirurgie (18/ 1)	267	100
11	Dekubitusprophylaxe (DEK)	587	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
12	Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH)	807	100
13	Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplant (HCH_AORT_KATH_	248	97,98
14	Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplant (HCH_AORT_KATH_	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
15	Neonatologie (NEO)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
16	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	392	100

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

#### C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
	Ergebnis-ID	2194
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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/>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 0,58 % - 2,01 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 2,67 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,98 % - 1,05 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 10

Erwartete Ereignisse 8,71

Grundgesamtheit 199

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

2 Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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> . Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,19 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
3	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,54 % - 2,91 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,95
Grundgesamtheit	254

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

#### 4 Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52139</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 85,76 % - 92,73 %

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1  
Referenzbereich  $\geq 60,00\%$   
Vertrauensbereich 89,04 % - 89,45 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 263  
Erwartete Ereignisse -  
Grundgesamtheit 293

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich  
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

#### 5 Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. 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 Standortebene 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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 93,56 % - 96,37 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich  $\geq 90,00\%$

Vertrauensbereich 95,66 % - 95,81 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 865

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 909

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

**6 Sondendislokation oder -dysfunktion**

Ergebnis-ID 52311

Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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 %
	Vertrauensbereich	1,36 % - 1,53 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>7</b>	<b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54140</b>
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie 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.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	97,69 % - 99,93 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,46 % - 98,64 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	240
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	241
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>8</b>	<b>Systeme 1. Wahl</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54141</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.

Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Fre](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre)

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.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	95,81 % - 99,35 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	96,72 % - 96,98 %
-------------------	-------------------

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	237
------------------------	-----

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	241
-----------------	-----

9

#### Systeme 2. Wahl

Ergebnis-ID	54142
-------------	-------

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
------------------	--------------------------------

Art des Wertes	TKez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------



Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.

Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Fre](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre)

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/eh150.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 1,57 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,16 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	241

10

#### Systeme 3. Wahl

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie 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

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,48 % - 1,66 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

11

#### Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Ergebnis-ID	52307
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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	97,37 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	142
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	142
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

12	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51404</b>
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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 % - 2,74 %

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 5,03 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,84 % - 1,11 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 1,21

Grundgesamtheit 24

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

13

#### Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 19,36 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,34 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	16

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

14

#### Leitlinienkonforme Systemwahl

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50005</b>
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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> .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,97 % - 98,08 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,28 % - 96,75 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	107
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	112
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

15	Leitlinienkonforme Indikation	
	Ergebnis-ID	50055
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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 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.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	95,12 % - 99,84 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	91,75 % - 92,43 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	111
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	112
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

#### 16 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51186</b>
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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> .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,75 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,1 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

17	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52131</b>
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,43 % - 98,97 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	91,4 % - 92 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	148
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	152
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert



18 Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	91,84 % - 96,29 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,13 % - 96,4 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	393
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	416
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

19	Sondendislokation oder -dysfunktion	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52325</b>
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,5 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,71 % - 0,94 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	106
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
20	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52321</b>
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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	95,37 % - 99,01 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,6 % - 98,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	272
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	278
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

21	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51196</b>
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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	≤ 5,70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,12 % - 1,49 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>22</b>	<b>Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52001</b>	
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	2,16 % - 8,86 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,00 %
Vertrauensbereich	2,98 % - 3,35 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	158
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>23</b>	<b>Infektion als Indikation zum Folgeingriff</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52002</b>
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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	≤ 2,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,47 % - 0,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

24	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 11,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,35 % - 0,71 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

## 25 Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52328</b>
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 5,35 % - 14,32 %

### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1  
Referenzbereich ≤ 8,69 % (95. Perzentil)  
Vertrauensbereich 3,2 % - 3,58 %

### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 14  
Erwartete Ereignisse -  
Grundgesamtheit 158

### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **U32** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle  
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

26 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
Ergebnis-ID	603
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	91,8 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,78 % - 99,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	43
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
27 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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	94,17 % - 100 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	99,68 % - 99,87 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	62	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	62	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	
28	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>605</b>	
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation	
Art des Wertes	Tkez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.

Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Fre](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre)

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
--------------------	---

Vertrauensbereich	—
-------------------	---

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	1,05 % - 1,44 %
-------------------	-----------------

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
------------------------	---------------

Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
----------------------	---------------

Grundgesamtheit	(Datenschutz)
-----------------	---------------

29

#### Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch

Ergebnis-ID	606
-------------	-----

Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
------------------	---------------------------

Art des Wertes	Tkez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:  <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>          Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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 % - 32,44 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	2,08 % - 3,59 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	8	
<b>30</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11704</b>	
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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> .
--------------------------	--

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,99 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,08 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**31 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11724</b>
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a></p> <p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
--------------------------	---

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
--------------------	---

Vertrauensbereich	—
-------------------	---

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	0,9 % - 1,11 %
-------------------	----------------

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
------------------------	---------------

Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
----------------------	---------------

Grundgesamtheit	(Datenschutz)
-----------------	---------------

32

#### Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

Ergebnis-ID	51437
-------------	-------

Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
------------------	---------------------------

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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	75,75 % - 100 %
-------------------	-----------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,88 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

33

#### Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

Ergebnis-ID	51443
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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	72,25 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,12 % - 99,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

34	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51445
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierter Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.</p> <p>Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a></p> <p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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 % - 24,25 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,28 % - 2,29 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12

### 35 Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51448</b>
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a></p> <p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,03 % - 3,67 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

### 36 Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51859</b>
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:  <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>          Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>		
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>	
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>2,7 % - 3,4 %</p>	
<p><b>FALLZAHL</b></p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>	
<p>37</p>	<p><b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b></p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>51860</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Karotis-Revaskularisation</p>	
<p>Art des Wertes</p>	<p>TKez</p>	
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>	
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.

Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Fre](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre)

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser

Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,98 % - 4,55 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10

38

#### Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt

Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.

Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Fre](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre)

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 0 % - 17,55 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Vertrauensbereich 0,87 % - 1,15 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,19

Grundgesamtheit 23

39

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt**

Ergebnis-ID 51873

Leistungsbereich Karotis-Revaskularisation

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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 % - 6,92 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,48
Grundgesamtheit	23
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

40	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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	Sentinel-Event	
Vertrauensbereich	3,9 % - 10,96 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
41	<b>Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre</b>	
Ergebnis-ID	612	
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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	86,06 % - 96,87 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 74,04 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	87,96 % - 88,59 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	83
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	89
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>42</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund</b>
Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind>  
 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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	≤ 20,00 %
Vertrauensbereich	7,23 % - 8,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung
Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind>  
 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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 % - 8,38 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 5,00 %

Vertrauensbereich 1,11 % - 1,33 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 42

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

44

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation**

Ergebnis-ID 51906

Leistungsbereich Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind>

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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 % - 2,23 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 4,18

Vertrauensbereich 1,03 % - 1,17 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 1,69

Grundgesamtheit 209

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
45	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52283</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,56 % - 6,48 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,94 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,38 % - 2,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	218
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
46	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60683</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	11,01 % - 13,58 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

<b>47</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60684</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	11,05 % - 12,96 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5

48		Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
Ergebnis-ID		60685	
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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> .	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt		-1	
Referenzbereich		Sentinel-Event	
Vertrauensbereich		1,05 % - 1,25 %	
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse		0	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		104	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert	
49		Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
Ergebnis-ID		60686	
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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	9,24 % - 40,47 %
-------------------	------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 40,23 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,39 % - 20,68 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	24

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

50

#### Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a></p> <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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	96,96 % - 97,37 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	4	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	4	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
<b>51</b>	<b>Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</b>	
Ergebnis-ID	321	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Fre](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre)

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit) —

Vertrauensbereich —

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Vertrauensbereich 0,22 % - 0,24 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse (Datenschutz)

Erwartete Ereignisse (Datenschutz)

Grundgesamtheit (Datenschutz)

52

**Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen**

**Ergebnis-ID 330**

Leistungsbereich Geburtshilfe

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a></p> <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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	97,18 % - 97,87 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
<b>53</b>	<b>E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>1058</b>	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	



	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a></p> <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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich		0 % - 25,88 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Sentinel-Event
Vertrauensbereich		0,23 % - 0,46 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		11
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
54	<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>		<b>50045</b>
Leistungsbereich		Geburtshilfe
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind>  
 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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 97,57 % - 100 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1  
 Referenzbereich  $\geq 90,00\%$   
 Vertrauensbereich 99,14 % - 99,21 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 154  
 Erwartete Ereignisse -  
 Grundgesamtheit 154

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich  
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

**55 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung**

Ergebnis-ID **51397**  
 Leistungsbereich Geburtshilfe  
 Art des Wertes TKez  
 Bezug zum Verfahren QSKH  
 Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:  <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>  Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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	
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,12 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
56	<b>Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen</b>	
Ergebnis-ID	51803	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsindikatoren>

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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	≤ 2,32
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
57	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 14,52 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,00 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21
Grundgesamtheit	15

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
58	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten
Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,14 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,23 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	153
Erwartete Ereignisse	152,87
Grundgesamtheit	503

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
59	Primäre Axilladissektion bei DCIS
Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a></p> <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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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 % - 14,87 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	22

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50719</b>
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 17,59 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 8,20 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,42 % - 6,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	18
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
61	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51370</b>
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH



Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 16,36 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,85 % - 4,17 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>62</b>	<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung</b>
Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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	93,34 % - 98,96 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,57 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	146
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	150

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

63

#### Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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	94,73 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,23 % - 96,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	69
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	69
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

64	HER2-Positivitätsrate
Ergebnis-ID	52268
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	13,01 % - 26,91 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,86 % - 13,38 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	121

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
65	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52279</b>
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a></p> <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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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	94,68 % - 99,59 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,76 % - 98,1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	131
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	133

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
66	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a></p> <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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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	56,55 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,14 % - 99,38 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
67	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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> .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	208
Erwartete Ereignisse	124,28
Grundgesamtheit	38781

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>68</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	
Ergebnis-ID		50050
Leistungsbereich		Neonatologie
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a></p> <p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		0,89 % - 1,09 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-



70	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	
Ergebnis-ID	50052	
Leistungsbereich	Neonatologie	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:  <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a></p> <p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,05 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	

71	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	50053
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:  <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a></p> <p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,87 % - 1,04 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
72	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	50060
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	QI

	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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	≤ 2,79 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,87 % - 0,97 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>73</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)</b>	
	Ergebnis-ID	<b>50062</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresultaten 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	≤ 2,54 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,87 % - 0,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74	Durchführung eines Hörtests
Ergebnis-ID	50063
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,77 % - 97,95 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Das Klinikum ist eine Geburtsklinik, daher werden hier regelhaft keine Frühchen behandelt. In diesem Einzelfall handelte es sich um eine Notfallentbindung eines Frühchens, welches umgehend nach der Entbindung in die weiterversorgende Klinik verlegt wurde. Der Hörtest wurde somit in der weiterversorgenden Klinik durchgeführt.
---	--

75

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

Ergebnis-ID	50069
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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 diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
--------------------------	--

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,52 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,05 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

76

#### Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50074</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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> .
--------------------------	--

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,04 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**77 Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51070</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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	Sentinel-Event	
Vertrauensbereich	0,31 % - 0,38 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
<b>78</b>	<b>Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51076</b>	
Leistungsbereich	Neonatologie	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	



	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:  <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>  Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		3 % - 3,68 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
<b>79</b>	<b>Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51078</b>	
Leistungsbereich	Neonatologie	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indextindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Fre](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre)

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3,03 % - 3,91 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

#### 80 Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51079</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indextindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:  <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>  Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	5,07 % - 6,07 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>81</b>	<b>Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51832</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Fre](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre)

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3,6 % - 4,34 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

**82 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51837</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:  <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>  Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,01 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
<b>83</b>	<b>Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen</b>	
Ergebnis-ID	51838	
Leistungsbereich	Neonatologie	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Fre](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre)  
 Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,91 % - 2,43 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

84

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen**

Ergebnis-ID	51843
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:  <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>  Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,02 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
<b>85</b>	<b>Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung</b>	
Ergebnis-ID	51901	
Leistungsbereich	Neonatologie	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjaheresgebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 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 et al. 2004, Heller 2008). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. [Anonym] (2008): Incorrect Data Analysis in: Association of Preterm Birth with Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth [Corrections; JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429]. JAMA - Journal of the American Medical Association 300(2): 170-171. DOI: 10.1001/jama.300.2.170-c. Dimick, JB; Welch, H; 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): 847-851. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,88 % - 0,98 %



FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86	Zunahme des Kopfumfangs
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52262</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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> .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 21,74 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	9,58 % - 10,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,57 % - 99,95 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	391
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	392
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
88 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	
Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,54 % - 99,95 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	383
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	384

89	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
----	---

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</a>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	67,56 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8

90	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
----	--

Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	92,9 % - 97,25 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	344
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	360
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>91</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)</b>
Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	93,25 % - 98,54 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	183
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	189
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

92	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,53 % - 99,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	289
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	291
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

93	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	
<b>Ergebnis-ID</b>	50722	
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	98,52 % - 99,95 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	378	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	379	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
94	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
<b>Ergebnis-ID</b>	50778	
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,01 % - 1,66 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 1,58 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,05 % - 1,07 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>53</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>40,65</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>392</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>

## 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 § 137f SGB V wurde zwischen dem Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH und der BKK-Landesverband Mitte, IKK Südwest, Knappschaft Bochum, SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse sowie den Ersatzkassen in RLP (Barmer GEK, TK, DAK-Gesundheit, KKH, HEK, hkk) geschlossen und regelt die indikationsgesteuerte u. systematische Koordination der Behandlung der Patienten mit Asthma bronchiale sowie die stationäre Versorgung.</i></p>
2	<p>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 § 137f SGB V wurde zw. den Krankenhäusern in RLP und der AOK RLP/Saarland geschlossen u. regelt die stat. Versorgung von Patienten mit COPD mit dem Ziel, abhängig von Alter u. Begleiterkrankungen, der Vermeidung/Reduktion von akuten u. chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen u. der raschen Progredienz der Erkrankung, der Reduktion der COPD-bedingten Letalität und der adäquaten Behandlung der Komorbiditäten.</i></p>
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 § 137f SGB V auf der Grundlage des 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, intensiver Insulintherapie u. Pumpenträgern durch.</i></p>



## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

LEISTUNGSBEREICH:	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Deutsches Reanimationsregister
Ergebnis:	Erfassung außerklinisch u. innerklinisch reanimierter Patienten u. Notfallversorgungen in d. Klinik
Messzeitraum:	k.A.
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	<a href="https://www.reanimationsregister.de/">https://www.reanimationsregister.de/</a>
LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	ALKK-Koronarangiographie und PCI-Register (verschiedene Indikatoren)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k.A.
LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	GREAT- Deutsches Register zur renalen Denervation (Komplikationen und Blutdrucksenkung im Langzeitverlauf)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k. A.
LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik C

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Komplikationen, Technik (Papillotomieregister Arbeitsgemeinschaft ltd. gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK) und Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS))
Ergebnis:	Anonymer Benchmark
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Bachor Medical Information (BMI) bzw. Homepage der ALGK

LEISTUNGSBEREICH:		Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme am HAND-KISS, ITS-KISS, STATIONS-KISS, OP-KISS	
Ergebnis:	KISS-Zertifikat	
Messzeitraum:	kontinuierlich	
Datenerhebung:	Module unter: <a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>	
Rechenregeln:	Module unter: <a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>	
Referenzbereiche:	Referenzdaten unter: <a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>	
Vergleichswerte:	Referenzdaten unter: <a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>	
Quellenangabe:	<a href="https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/">https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</a>	

LEISTUNGSBEREICH:		Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	- 200 Ringversuche mit insgesamt 806 Einzelanalysen gem. RiliBÄK 2008 aus Klin. Chemie, POCT, Molekulare Diagnostik und Med. Mikrobiologie (97% aller RV bestanden)	
Ergebnis:	Zielwertbestimm., Einhaltung. Abweich.grenzen- Infekt.raten, Antibiotikaraten, Raten Desinfektion	
Messzeitraum:	- Mehrfach im Jahr gem. RiliBÄK 2008 - Kontinuierlich (Benchmarking 1 x pro Jahr)	
Datenerhebung:		
Rechenregeln:		
Referenzbereiche:		
Vergleichswerte:	Externe Referenzmessungen u. Referenzmethoden, Vorgaben RiliBÄK 2008, Benchmark mit Referenzhäusern	
Quellenangabe:	<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://www.rfb.bio/">https://rv-web.instandev.de/rv_web/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
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK
Quellenangabe:	www.instandev.de www.rfb.bio

<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
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK
Quellenangabe:	www.instandev.de www.rfb.bio

<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
Datenerhebung:	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>
Rechenregeln:	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>
Referenzbereiche:	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>
Vergleichswerte:	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>
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>

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Pathologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen: Immunhistochemie (HER-2/neu), Proliferation (Ki-67), Progesteronrezeptor, Östrogenrezeptor und weitere.
Ergebnis:	Erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen laut Vorgaben der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Ringversuche der Qualitätssicherungs-Initiative "QuIP" der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen zur diagnostischen Immunhistochemie und Molekularpathologie ( <a href="http://www.quip-ringversuche.de/cgi/surveys">http://www.quip-ringversuche.de/cgi/surveys</a> )

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Pathologie / Wöchentliche Sitzungen des Senologischen Arbeitskreises
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Abklärungswürdiger Befund
Ergebnis:	Kategorisierung nach B-Klassifikation (B1-B5)
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms ( <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

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Pathologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Qualitätsindikatoren der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie und NordiQC
Ergebnis:	Ergebnis der Ringversuche
Messzeitraum:	3x bis 4x im Jahr
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	<a href="http://www.quip-ringversuche.de/https://www.nordiqc.org">http://www.quip-ringversuche.de/https://www.nordiqc.org</a>

LEISTUNGSBEREICH:	Apotheke
-------------------	----------

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Fachliche Anforderungen an die Apotheke nach den Kriterien der LAK RLP und nach DIN EN ISO 9001:2008
<b>Ergebnis:</b>	Re-Zertifizierung Oktober 2017
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Datenerhebung:</b>	Anforderungskatalog
<b>Rechenregeln:</b>	Anforderungskatalog
<b>Referenzbereiche:</b>	Anforderungskatalog
<b>Vergleichswerte:</b>	
<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>Datenerhebung:</b>	Siehe <a href="http://www.antiinfektiva-surveillance.de">www.antiinfektiva-surveillance.de</a>
<b>Rechenregeln:</b>	Siehe <a href="http://www.antiinfektiva-surveillance.de">www.antiinfektiva-surveillance.de</a>
<b>Referenzbereiche:</b>	Antibiotika-RDD und -DDD
<b>Vergleichswerte:</b>	ADKA-if-RKI Antiinfektiva-Surveillance: 9. Krankenhausvergleichsreport
<b>Quellenangabe:</b>	<a href="http://www.antiinfektiva-surveillance.de">www.antiinfektiva-surveillance.de</a>

<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>Datenerhebung:</b>	Anforderungskatalog
<b>Rechenregeln:</b>	Anforderungskatalog
<b>Referenzbereiche:</b>	Anforderungskatalog
<b>Vergleichswerte:</b>	Anforderungskatalog
<b>Quellenangabe:</b>	<a href="http://www.zentrallabor.com">www.zentrallabor.com</a>

<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	
<b>Gesamthaus</b>	
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Zertifikat "Aktion Saubere Hände" in Silber
<b>Ergebnis:</b>	21.02.2019
<b>Messzeitraum:</b>	kontinuierlich
<b>Datenerhebung:</b>	gem. Kriterien ASH
<b>Rechenregeln:</b>	gem. Kriterien ASH

Referenzbereiche:	gem. Kriterien ASH
Vergleichswerte:	<a href="https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/">https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/</a>
Quellenangabe:	<a href="https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/">https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/</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
Datenerhebung:	gem. Kriterien nach KTQ-Katalog
Rechenregeln:	gem. Kriterien nach KTQ-Katalog
Referenzbereiche:	gem. Kriterien nach KTQ-Katalog
Vergleichswerte:	<a href="http://www.ktg.de/">http://www.ktg.de/</a>
Quellenangabe:	<a href="http://www.ktg.de/">http://www.ktg.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
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	<a href="https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html">https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html</a>
Quellenangabe:	<a href="https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html">https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html</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
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
Vergleichswerte:	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>

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 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>
Vergleichswerte:	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
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 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm</a>
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm</a>
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm">http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm</a>
Vergleichswerte:	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
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>Magenzentrum (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Magenzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Vergleichswerte:	<a href="http://www.onkozert.de">http://www.onkozert.de</a>

Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de">http://www.onkozert.de</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen (HNO-Klinik und Klinik für MKPG)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Kopf-Hals-Tumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm">http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm</a>
Rechenregeln:	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>
Referenzbereiche:	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>
Vergleichswerte:	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
Quellenangabe:	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>Onkologisches Zentrum Ludwigshafen (Medizinische Klinik A)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Onkologische Zentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm">http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm</a>
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm">http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm</a>
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm">http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm</a>
Vergleichswerte:	<a href="http://www.onkozert.de/">http://www.onkozert.de/</a>
Quellenangabe:	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>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Pankreaskarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkozert.de/viszeral/">https://www.onkozert.de/viszeral/</a>



Vergleichswerte:	<a href="http://www.onkoziert.de/">http://www.onkoziert.de/</a>
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="https://www.onkoziert.de/viszeral/">https://www.onkoziert.de/viszeral/</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz (Urologische Klinik)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Prostatakarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 22.03.2017
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm">http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm</a>
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm">http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm</a>
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm">http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm</a>
Vergleichswerte:	<a href="http://www.onkoziert.de/">http://www.onkoziert.de/</a>
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter <a href="http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm">http://www.onkoziert.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
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	<a href="https://dgk.org/">https://dgk.org/</a>
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
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	<a href="http://www.gefaesschirurgie.de/">http://www.gefaesschirurgie.de/</a>
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
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	<a href="http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html">http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html</a>
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>Shunt-Referenzzentrum (Medizinische Klinik A, Chirurgische Klinik B, Radiologie)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Shunt-Referenzzentrum nach den Kriterien verschiedener Fachgesellschaften: DGA, DGfN, DeGIR, DRG u. DGG
Ergebnis:	Zertifizierung 09.10.2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	<a href="http://www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/">www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/</a>
Quellenangabe:	<a href="http://www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/">www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/</a>
<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Neuromuskuläres Zentrum (Klinik für Neurologie)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an ein Neuromuskuläres Zentrum nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM)
Ergebnis:	Zertifizierung im April 2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	<a href="https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren">https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren</a>
Quellenangabe:	<a href="https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren">https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren</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 Juli 2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	<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>
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 13485:2016
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 26.08.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Rechenregeln:	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Referenzbereiche:	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

<b>LEISTUNGSBEREICH:</b>	<b>Intensivstationen (Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Klinik B)</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifizierung der Intensivstationen nach den Anforderungen der Pflege e.V. "Angehörige jederzeit willkommen" (ein erster Schritt zur angehörigengerechten Intensivstation)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung im August 2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Rechenregeln:	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Referenzbereiche:	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Vergleichswerte:	<a href="http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/">http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/</a>
Quellenangabe:	<a href="http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/">http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/</a>

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

### C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Erbrachte Menge:	14
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	Die geforderte Mindestmenge wurde erbracht.
<b>Bezeichnung:</b> Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Erbrachte Menge:	40
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	Die geforderte Mindestmenge wurde erbracht.
<b>Bezeichnung:</b> Stammzelltransplantation	
Erbrachte Menge:	5
Ausnahme:	MM04: Votum der Landesbehörde wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung
Ausnahme-Datum:	21.12.2017: Die Landesbehörde hat den Versorgungsauftrag für den Schwerpunkt "hämatopoetische Stammzelltransplantationen" dem "Gemeinsamen Stammzell-Transplantationszentrum" Rheinland-Pfalz erteilt und somit allen daran beteiligten Kliniken.

### C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	14
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	17
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein
<b>Bezeichnung:</b> Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	40

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	36
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Stammzelltransplantation	
Bezeichnung:	Stammzelltransplantation
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	5
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	8
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Ja
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Ja
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

### Strukturqualitätsvereinbarungen:

VEREINBARUNG	
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
2	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde
3	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	192
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	131
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	118

\* 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)).