



Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2019

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	5
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	15
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	18
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	18
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	18
A-9 Anzahl der Betten	19
A-10 Gesamtfallzahlen	20
A-11 Personal des Krankenhauses	20
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	20
A-11.2 Pflegepersonal	20
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	21
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	21

A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	23
A-12.1	Qualitätsmanagement	23
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	27
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	35
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	41
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	43
A-13	Besondere apparative Ausstattung	46
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	47
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	47
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	47
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	47
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	48
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	49
B-[1]	Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin)	50
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	50
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	50
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	50
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	51
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	52
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	53
B-[1].6.2	Kompetenzdiagnosen	53
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	54
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	55
B-[1].7.2	Kompetenzprozeduren	55

B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	55
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	56
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	57
B-[1].11	Personelle Ausstattung	57
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	57
B-[1].11.2	Pflegepersonal	57
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	59
B-[2]	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)	60
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	60
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	60
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	60
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	61
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	63
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	64
B-[2].6.2	Kompetenzdiagnosen	64
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	64
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	66
B-[2].7.2	Kompetenzprozeduren	66
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	66
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	67
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	68
B-[2].11	Personelle Ausstattung	68
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	68
B-[2].11.2	Pflegepersonal	68

B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	70
B-[3]	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)	71
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	71
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	71
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	71
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	71
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	72
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	73
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	75
B-[3].6.2	Kompetenzdiagnosen	75
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	75
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	77
B-[3].7.2	Kompetenzprozeduren	77
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	77
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	78
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-[3].11	Personelle Ausstattung	78
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	78
B-[3].11.2	Pflegepersonal	79
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	81
B-[4]	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)	82
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	82
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	82

B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	82
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	82
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	85
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	85
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	86
B-[4].6.2	Kompetenzdiagnosen	87
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	87
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	89
B-[4].7.2	Kompetenzprozeduren	89
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	89
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	90
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	90
B-[4].11	Personelle Ausstattung	91
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	91
B-[4].11.2	Pflegepersonal	91
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	93
B-[5]	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)	94
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	94
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	94
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	94
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	94
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	95
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	95
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	97
B-[5].6.2	Kompetenzdiagnosen	97
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	97

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	99
B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren	99
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	99
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	100
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	100
B-[5].11 Personelle Ausstattung	100
B-[5].11.1Ärzte und Ärztinnen	100
B-[5].11.2Pflegepersonal	101
B-[5].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	102
B-[6] Klinik für Herzchirurgie	103
B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	103
B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel	103
B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	103
B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	103
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	103
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	105
B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD	105
B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	106
B-[6].6.2 Kompetenzdiagnosen	107
B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	107
B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	109
B-[6].7.2 Kompetenzprozeduren	109
B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	109
B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	110
B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	110
B-[6].11 Personelle Ausstattung	110
B-[6].11.1Ärzte und Ärztinnen	110

B-[6].11.2	Pflegepersonal	110
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	112
B-[7]	Urologische Klinik	113
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	113
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	113
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	113
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	113
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	113
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	114
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	114
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	116
B-[7].6.2	Kompetenzdiagnosen	116
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	116
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	118
B-[7].7.2	Kompetenzprozeduren	118
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	118
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	120
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	120
B-[7].11	Personelle Ausstattung	120
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	121
B-[7].11.2	Pflegepersonal	121
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	123
B-[8]	Frauenklinik/ Geburtshilfe	124
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	124
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	124
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	124

B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	125
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	125
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	126
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	126
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	127
B-[8].6.2	Kompetenzdiagnosen	128
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	128
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	130
B-[8].7.2	Kompetenzprozeduren	130
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	130
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	132
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	133
B-[8].11	Personelle Ausstattung	133
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	133
B-[8].11.2	Pflegepersonal	133
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	135
B-[9]	Hals-Nasen-Ohren-Klinik	136
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	136
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel	136
B-[9].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	136
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	136
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	136
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	138
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD	138
B-[9].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	139
B-[9].6.2	Kompetenzdiagnosen	139
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	139

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	141
B-[9].7.2 Kompetenzprozeduren	141
B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	141
B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	143
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	143
B-[9].11 Personelle Ausstattung	143
B-[9].11.1Ärzte und Ärztinnen	144
B-[9].11.2Pflegepersonal	144
B-[9].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	146
B-[10] Augenklinik	147
B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	147
B-[10].1.1Fachabteilungsschlüssel	147
B-[10].1.2Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	147
B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	147
B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	147
B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	148
B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD	149
B-[10].6.1Hauptdiagnosen 3-stellig	150
B-[10].6.2Kompetenzdiagnosen	150
B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	150
B-[10].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	152
B-[10].7.2Kompetenzprozeduren	152
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	152
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	154
B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	154
B-[10].11 Personelle Ausstattung	154
B-[10].11.Ärzte und Ärztinnen	154

B-[10].11.Pflegepersonal	155
B-[10].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	156
B-[11] Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und überregionaler Stroke Unit	157
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	157
B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel	157
B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	157
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	158
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	158
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	159
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD	159
B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	160
B-[11].6.2 Kompetenzdiagnosen	160
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	161
B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	162
B-[11].7.2 Kompetenzprozeduren	162
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	163
B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	164
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	165
B-[11].11 Personelle Ausstattung	165
B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen	165
B-[11].11.2 Pflegepersonal	165
B-[11].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	167
B-[12] Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie	168
B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	168
B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel	168
B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	168

B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	168
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	168
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	169
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD	169
B-[12].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	170
B-[12].6.2	Kompetenzdiagnosen	171
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	171
B-[12].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	173
B-[12].7.2	Kompetenzprozeduren	173
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	173
B-[12].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	174
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	174
B-[12].11	Personelle Ausstattung	174
B-[12].11.1	Ärzte und Ärztinnen	174
B-[12].11.2	Pflegepersonal	174
B-[12].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	175
B-[13]	Hautklinik	177
B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	177
B-[13].1.1	Fachabteilungsschlüssel	177
B-[13].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	177
B-[13].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	177
B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	177
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	178
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD	179
B-[13].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	180
B-[13].6.2	Kompetenzdiagnosen	180
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	180

B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	182
B-[13].7.2 Kompetenzprozeduren	183
B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	183
B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	183
B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	184
B-[13].11 Personelle Ausstattung	184
B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen	184
B-[13].11.2 Pflegepersonal	185
B-[13].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	186
B-[14] Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie	187
B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	187
B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel	187
B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	187
B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	187
B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	187
B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	188
B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD	188
B-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	190
B-[14].6.2 Kompetenzdiagnosen	190
B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	190
B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	192
B-[14].7.2 Kompetenzprozeduren	192
B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	192
B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	193
B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	193
B-[14].11 Personelle Ausstattung	193
B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen	194

B-[14].11.Pflegepersonal	194
B-[14].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	196
B-[15] Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin	197
B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	197
B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel	197
B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	197
B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	197
B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	197
B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	198
B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD	198
B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	199
B-[15].6.2 Kompetenzdiagnosen	200
B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	200
B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	202
B-[15].7.2 Kompetenzprozeduren	202
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	202
B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	203
B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	203
B-[15].11 Personelle Ausstattung	203
B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen	203
B-[15].11.2 Pflegepersonal	204
B-[15].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	205
B-[16] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin	206
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	206
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel	206
B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	206

B-[16].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	207
B-[16].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	207
B-[16].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	208
B-[16].6	Hauptdiagnosen nach ICD	208
B-[16].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	208
B-[16].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	208
B-[16].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	209
B-[16].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	209
B-[16].11	Personelle Ausstattung	209
B-[16].11.1	Ärzte und Ärztinnen	209
B-[16].11.2	Pflegepersonal	210
B-[16].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	210
B-[17]	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	212
B-[17].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	212
B-[17].1.1	Fachabteilungsschlüssel	212
B-[17].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	212
B-[17].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	212
B-[17].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	212
B-[17].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	214
B-[17].6	Hauptdiagnosen nach ICD	214
B-[17].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	214
B-[17].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	215
B-[17].7.2	Kompetenzprozeduren	216
B-[17].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	216
B-[17].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	217
B-[17].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	217
B-[17].11	Personelle Ausstattung	217

B-[17].11.Ärzte und Ärztinnen	217
B-[17].11.Pflegepersonal	218
B-[17].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	218
B-[18] Institut für Pathologie	219
B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	219
B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel	219
B-[18].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	219
B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	219
B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	219
B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	220
B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD	220
B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	220
B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	221
B-[18].7.2 Kompetenzprozeduren	221
B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	221
B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	221
B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	221
B-[18].11 Personelle Ausstattung	221
B-[18].11.Ärzte und Ärztinnen	221
B-[18].11.Pflegepersonal	222
B-[18].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	222
B-[19] Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin	224
B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	224
B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel	224
B-[19].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	224
B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	224

B-[19].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	224
B-[19].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	226
B-[19].6	Hauptdiagnosen nach ICD	226
B-[19].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	226
B-[19].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	226
B-[19].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	227
B-[19].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	227
B-[19].11	Personelle Ausstattung	227
B-[19].11.1	Ärzte und Ärztinnen	227
B-[19].11.2	Pflegepersonal	228
B-[19].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	228
B-[20]	Apotheke	230
B-[20].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	230
B-[20].1.1	Fachabteilungsschlüssel	230
B-[20].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	230
B-[20].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	230
B-[20].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	230
B-[20].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	232
B-[20].6	Hauptdiagnosen nach ICD	232
B-[20].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	232
B-[20].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	232
B-[20].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	232
B-[20].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	232
B-[20].11	Personelle Ausstattung	232
C	Qualitätssicherung	234
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	234

C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	234
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	235
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	319
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	319
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	320
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	331
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	331
C-5.2	Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen	332
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.333 2 SGB V	333
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	333
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	333
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	334
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	337

Einleitung

Verantwortliche:

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

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

Links:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSL	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Medizinische Klinik A (Hämatologie, Internistische Onkologie, Rheumatologie, Nephrologie und allgemeine Innere Medizin)
2	Hauptabteilung	0300	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)
3	Hauptabteilung	0700	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Diabetologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten und allg. Innere Medizin)
4	Hauptabteilung	1500	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)
5	Hauptabteilung	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
18	Nicht-Bettenführend	3790	Institut für Pathologie

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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
IK-Nummer:	260730116
Standort-Nummer:	00
Telefon-Vorwahl:	0621
Telefon:	5030
Krankenhaus-URL:	http://www.klilu.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

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

Das Klinikum Ludwigshafen hat keine weiteren Institutionskennzeichen.

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>Der Sozialdienst im Klinikum Ludwigshafen übernimmt die Aufgabe der Beratung zu und die Vermittlung in die medizinische Rehabilitation. Dies kann eine Anschlussheilbehandlung über die GRV oder GKV, eine neurologische Früh-Rehabilitation oder eine onkologische/geriatrische Rehabilitation sein.</i></p>
7	<p>Sporttherapie/Bewegungstherapie</p> <p><i>Das Zentrum f. ambulante Rehabilitation bietet zusammen mit der Chirurgie B eine Gefäßsportgruppe zur Verbesserung d. Durchblutungssituation im Bereich des Ober-/Unterschenkels an. Das IPRM bietet ambulante Gruppentherapien an (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. Im Rahmen des Expertenstandards findet ein gezieltes Ernährungsassessment (z.B. bei Mangelerscheinungen) statt. Betroffene oder gefährdete Patienten erhalten Beratung durch eine Ökotrophologin.</i></p>
10	<p>Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege</p> <p><i>Der gesetzliche Anspruch auf Unterstützung beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung ist umgesetzt. Multiprofessionelle Teams (alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen) ermitteln während des Patientenaufenthalts den poststationären Bedarf und den Unterstützungsrahmen.</i></p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
11	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <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>
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 für Frauen/Paare in deutscher Sprachen an. Weiterhin werden Kurse zur Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik angeboten.</i>
15	Kinästhetik <i>Nahezu jeder Bereich verfügt im Pflege- und Funktionsdienst über einen Ansprechpartner mit der Qualifikation "Kinästhetik". Der Grundkurs "Kinästhetik in der Pflege" ist Teil der Ausbildung im Klinikum Ludwigshafen.</i>
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	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Chirodiagnostik, Chirotherapie und manuelle Therapie an.</i>
20	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>
21	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>
22	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Um Pflegekomplikationen (z.B. Dekubitus, Sturz, Pneumonie) gezielt vorbeugen zu können, werden im Aufnahmegespräch spezielle Risikoassessments, gemäß dem jeweiligen Expertenstandard, durchgeführt und erforderliche Maßnahmen geplant, die den Patienten wirksam vor vermeidbaren Komplikationen schützen.</i>
23	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Den Patienten der onkologischen Zentren/Abteilungen sowie Palliativpatienten bietet das KliLu Beratung u. Unterstützung durch Psychoonkologen an. Die Versorgung umfasst Patientengespräche, die Einbeziehung Angehöriger, Öffentlichkeitsarbeit u. Schulungsangebote für Mitarbeiter.</i>
24	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>
25	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>
26	Schmerztherapie/-management <i>Allen Fachabteilungen steht konsiliarisch der Schmerzdienst der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin zur Verfügung. Der entsprechende Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege" ist im Klinikum Ludwigshafen etabliert.</i>
27	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>
28	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Die (Tumor-)zentren bieten regelmäßig Seminare und Vorträge an und kooperieren mit Selbsthilfegruppen der Umgebung. Onkologische Fachpflegekräfte bieten jedem Betroffenen individuelle Beratung nach Terminvereinbarung an. Die Neurologie bietet Angehörigenseminare zum Umgang mit Demenzkranken an.</i>
29	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>
30	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen <i>Die Geburtshilfe bietet verschiedene Geburtsmöglichkeiten, Vorbereitungskurse für Frauen einschließlich Rückbildungsgymnastik, Yoga in der Schwangerschaft, Akupunktur und Homöopathie zur Geburtsvorbereitung an. Schmerzlinderung, u. a. als therapeutische Intervention, kann durchgeführt werden.</i>
31	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>
32	Stillberatung <i>Die Geburtshilfe bietet, zusätzlich zur Beratung im Wochenbett, jeden 2. und 4. Dienstag im Monat eine Stillgruppe mit Laktationsberatung an. Es gibt ein liebevoll eingerichtetes Stillcafé. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i>
33	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Neben der Behandlung von Sprach-/Sprechstörungen wird bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten insb. die Diagnostik/Therapie von Schluckstörungen zur Vorbeugung von Aspirationspneumonien fokussiert. B. Bed. werden besondere diagn. Maßnahmen, z.B. videoendoskop. Schluckuntersuchung, eingesetzt.</i>
34	Stomatherapie/-beratung

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

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

35	Wärme- und Kälteanwendungen
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet verschiedene Wärme-/Kältetherapien an.</i>
36	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
	<i>Die Wochenbettgymnastik findet im Rahmen der physiotherapeutischen Versorgung nach der Entbindung statt. Die Geburtshilfe bietet mittwochs Kurse zur Rückbildungsgymnastik an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Geburtshilfe/Frauenklinik.</i>
37	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
	<i>Das Diabeteszentrum bietet für stationäre Patienten Schulungen zu Diabetes Mellitus Typ I und Typ II an. Zudem versorgt ein multiprofessionelles Behandlungsteam besondere Bedarfe der Diabetespatienten (z.B. Behandlung Diabetisches Fußsyndrom).</i>
38	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
	<i>Die Geburtshilfe bietet eine homöopathische Versorgung an.</i>
39	Wundmanagement
	<i>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.</i>
40	Aromapflege/-therapie
	<i>Der Kreißsaal bietet den Gebärenden geburtshilfliche Aromapflege an.</i>
41	Biofeedback-Therapie
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet die Möglichkeiten der Biofeedback-Therapie an.</i>
42	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis nach PNF an.</i>
43	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
	<i>Die Kliniken, Tumorzentren und Zentren des Klinikums arbeiten eng mit diversen Selbsthilfegruppen (u. a. Frauenselbsthilfe nach Krebs, Deutsche ILCO e.V. etc.) zusammen.</i>
44	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	<i>Das Ethikforum fördert den ethischen Diskurs und kann bei ethisch schwierigen Fragen begleitend und beratend hinzugezogen werden. Die bestehenden ethischen Leitlinien im Umgang mit Sterbenden sollen den handelnden Personen im Alltag Orientierung geben und auf mögliche Veränderungsprozesse hinweisen.</i>
45	Audiometrie/Hördiagnostik
	<i>Die Hals-Nasen-Ohren-Klinik bietet sämtliche Verfahren der Hördiagnostik inklusive Hirnstammaudiometrie (BERA) und Nachweise otoakustischer Emissionen (OAE) an</i>
46	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
	<i>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit des Hirnleistungstrainings an.</i>
47	Snoezelen

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Im angegliederten Pflegeheim des Klinikums wird eine spezielle gerontopsychiatrische Betreuung für Demenzerkrankte, ergänzt durch Snoezelen, angeboten.</i>
48	<p>Sozialdienst</p> <p><i>Der Sozialdienst ist zuständig für die (psycho-)soziale Beratung der Patienten sowie die Verzahnung zwischen stationärer-, nachstationärer- und/oder ambulanter Versorgungsphase, einschließlich Rehabilitation und ambulanter/stationärer Pflege.</i></p>
49	<p>Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p> <p><i>Es werden regelmäßig Informations- und Patiententage für die breite Öffentlichkeit angeboten, aus nahezu allen Fachbereichen des Klinikums. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Veranstaltungen/Presse.</i></p>
50	<p>Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien</p> <p><i>Die Geburtshilfe bietet u.a. Neugeborenencreening inkl. Hörscreening an. Es besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an Kreißsaalführungen, 2x monatl. Führungen durch Hebamme und Sektionsleitung und individuelle Führung nach Vereinbarung. Außerdem gibt es das Angebot der Babymassage und ein Stillcafé.</i></p>
51	<p>Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen</p> <p><i>Die NE bietet spez. Diagnostik für Patienten mit neuromuskulären Erkrank. an. Es bestehen Angebote über Spezialsprechstd. zu "Multiple Sklerose & andere entzündl. Erkrank.", Botox-Therapie, elektromyografische und -neurografische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien.</i></p>
52	<p>Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> <p><i>Zum Konzern des Klinikums gehört ein Alten- und Pflegeheim mit mehr als 300 Plätzen. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Pflegeeinrichtungen erfolgt strukturiert unter Einsatz von Pflegeüberleitungsbögen. Treffen (inkl. Fortbildung) mit den amb. Diensten und Pflegeheimen finden statt.</i></p>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	<p>Ein-Bett-Zimmer</p> <p><i>Bei Verfügbarkeit besteht auf Wunsch für Patienten gegen zusätzliches Entgelt die Möglichkeit in einem Ein-Bett-Zimmer untergebracht zu werden.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</p>
2	<p>Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p><i>Bei Verfügbarkeit besteht auf Wunsch für Patienten gegen zusätzliches Entgelt die Möglichkeit in einem Ein-Bett-Zimmer mit separater Nasszelle und Dusche untergebracht zu werden.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</p>
3	<p>Zwei-Bett-Zimmer</p> <p><i>Bei Verfügbarkeit ist auf Wunsch eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer möglich.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</p>
4	<p>Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p><i>Bei Verfügbarkeit ist eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer mit separater Nasszelle und Dusche möglich.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/e21879/e21880/e21888/e28842/180704_Flyer_Wahlleistung_ger.pdf</p>
5	<p>Rooming-in</p> <p><i>Es wird ein fast ausnahmsloses Rooming-In angeboten, d.h. Neugeborene können Tag und Nacht bei ihren Müttern im Zimmer bleiben. Ein Familienzimmer steht zur Verfügung. Die Kosten belaufen sich auf ca. 100€. Es besteht außerdem die Möglichkeit, Geschwisterkinder mit der Mutter aufzunehmen.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geburtshilfe/index_ger.html</p>
6	<p>Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)</p> <p><i>Angehörige von Patienten haben die Möglichkeit - sofern ein Zimmer frei ist - im nahe gelegenen Personalwohnheim auf dem Krankenhausgelände zu übernachten. Ein Einzelzimmer kostet pro Nacht 45,00 Euro, ein Doppelzimmer 55,00 Euro pro Nacht. Frühstück und Mittagessen gibt es zu den Cafeteriapreisen.</i></p>

LEISTUNGSANGEBOT

https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html

7	<p>Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p> <p><i>Der Lotsendienst der "Grünen Damen und Herren" im Eingangsbereich des Klinikums begleitet auf Wunsch neu einbestellte Patienten zu ihren Stationen bzw. Therapiezentren und bietet Orientierungshilfe.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/gruene_damen_und_herren/index_ger.html</p>
8	<p>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen</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 und eine Ökotrophologin zur Beratung zur Verfügung.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</p>
9	<p>Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen</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>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</p>
10	<p>Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet regelmäßig Informationsveranstaltungen für Patienten und Interessierte an (u.a. Onkologisches Forum durch Onkofachkräfte, Elternabende durch die Geburtshilfe, etc.). Diese Veranstaltungen werden über öffentliche Medien und Aushänge bekanntgegeben.</i></p> <p>https://www.klilu.de/presse_termine/termine_veranstaltungen/index_ger.html</p>
11	<p>Seelsorge/spirituelle Begleitung</p> <p><i>Die kath. u. evang. Seelsorge bietet Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden Unterstützung bei Fragen u. Sorgen an und ist Ansprechpartner für religiöse Belange. Die ehrenamtliche islamische Seelsorge ist Ansprechpartner für persönliche und religiöse Belange islamischer Patienten und Angehörigen.</i></p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ih_r_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html</p>

12 Abschiedsraum

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

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

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

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
	<i>Auf Wunsch begleiten ehrenamtlich tätige "Grüne Damen" mobilitätseingeschränkte Patienten zu ihren Stationen/Therapiezentren. Hausinterne Krankentransporte in Funktionsabteilungen, OP oder auf Station erfolgen über den Krankentransportdienst, je nach Bedarf, im Bett, Sitzwagen oder in Fußbegleitung.</i>
10	<p>Arbeit mit Piktogrammen</p> <p><i>Im Klinikum Ludwigshafen kommen verschiedene Piktogramme (z.B. Notausgang, Rettungszeichen, Händehygiene) zum Einsatz.</i></p>
11	<p>Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</p> <p><i>Die Regelungen zum Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz sind in einer Verfahrensanweisung zusammengefasst. Spezialisierte Pflegeexpertinnen für Demenz und kognitive Einschränkungen stehen den Fachkräften auf den Stationen kontinuierlich zur Verfügung.</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 auch für ein hohes Gewicht ausgelegt sind. Bei Bedarf können Schwerlastbetten, spezielle Matratzen bzw. druckentlastende Prophylaxematratzen für schwergewichtige Patienten bestellt werden.</i></p>
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 Körperwaagen (z.B. Sitz- und Bettwaagen), Blutdruckmanschetten, etc. 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, Patientenlifter, Schwerlasthocker und Roll- und Toilettenstühle mit Überbreite, zur Verfügung.</i></p>
17	<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>
18	<p>Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten</p> <p><i>In den beiden Aufnahmebereichen der zentralen Patientenaufnahmen im Haus A und Haus H werden die Patienten im Wartebereich über einen Monitor und ein akustisches Signal aufgerufen.</i></p>
19	<p>Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus</p> <p><i>Verschiedene Informationsmaterialien und Flyer stehen in mehreren Sprachen zur Verfügung.</i></p>
20	<p>Aufzug mit visueller Anzeige</p>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

Alle Fachabteilungen des Klinikums sind mit einem Aufzug erreichbar. Die Aufzüge verfügen vollständig über visuelle Stockwerksanzeigen.

21	Diätetische Angebote
	<i>Patienten und Patientinnen mit tumorbedingten Ernährungsstörungen, aber auch mit bereits vorbestehenden Ernährungsstörungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen und Übergewicht werden durch geschulte Diätassistentinnen beraten.</i>
22	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
	<i>Die Neurologie und Geriatrie des Klinikums Ludwigshafen arbeiten mit Farbkonzepten und Orientierungshilfen (z. B. Piktogramme, Signalfarben, u.a. zur Kennzeichnung von Toilettentüren/-rahmen), damit sich Menschen mit Demenz oder geistigen Behinderung leichter zurecht finden.</i>
23	Dolmetscherdienst
	<i>Durch die Schulung interkultureller Kompetenz, einen hausinternen Dolmetscherdienst, bestehend aus Mitarbeitern mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen, und umfassende Übersetzungshilfen im hauseigenen Intranet, ermöglicht das Klinikum eine moderne Versorgung aller Bevölkerungsgruppen.</i>
24	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	<i>Für eine medizinische Behandlung ohne Sprachbarriere stehen Mitarbeiter aller Berufsgruppen, mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen, zur Verfügung.</i>
25	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
	<i>Die Klinikkapelle befindet sich im Haus B, 5. OG. Hier findet sonntags ab 09.00 der katholische u. ab 10.00 der evangelische Gottesdienst statt. Die Gottesdienste werden in die Krankenzimmer (TV) übertragen. Die Andachtsräume sind barrierefrei zu erreichen.</i>
26	Allergenarme Zimmer
	<i>In der Medizinischen Klinik A gibt es für Leukämie-Patienten zwei allergenarme Zimmer, die ausschließlich über eine Schleuse betreten werden können.</i>
27	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
	<i>In jedem Patientenzimmer des Klinikums befinden sich akustische/visuelle Signalanlagen (Patientenruf).</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	<p>Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten</p> <p><i>Die Chefärzte des Klinikums Ludwigshafen beteiligen sich als Lehrbeauftragte an der praktischen Ausbildung der Medizinstudierenden der Universität Mainz und Heidelberg (Fakultät Mannheim). Die Chefärzte kommen ihrem Lehrauftrag an Universitäten nach, an denen sie ihre Professur erhalten haben.</i></p>
2	<p>Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen</p> <p><i>Chefärzte des Klinikums Ludwigshafen beteiligen sich als Lehrbeauftragte an der Hochschule Ludwigshafen im Studiengang "Gesundheitsökonomie im Praxisverbund" sowie an der DHBW Mannheim.</i></p>
3	<p>Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)</p> <p><i>Das KliLu ist Akad. Lehr-KH (29 Studierende Uni Mainz, 20 Plätze Med. Fakultät MA). Neben den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin u. amb. Medizin (nur in MA) werden verschiedene Wahlpflichtfächer angeboten. Studierenden anderer med. Fakultäten, innerhalb der EU, wird eine Famulatur ermöglicht.</i></p>
4	<p>Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen arbeitet mit Hochschulen bzw. Universitäten zu den unterschiedlichsten Themen projektbezogen zusammen. Zudem wird Studierenden das Ableisten des Praxissemesters oder studiengangsbezogener Praxisphasen ermöglicht.</i></p>
5	<p>Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien</p> <p><i>Betreuung über die Forschungsgesellschaft des Klinikums; Standardvorgehensweisen sind dort definiert; Sicherstellung der Genehmigung sämtlicher Studien durch die Ethikkommission; Beratung der Forschenden durch ein ärztlich zusammengesetztes Gremium für die Wissenschaft; s. weiter auch FL 06</i></p>
6	<p>Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien</p> <p><i>Das Spektrum beinhaltet sowohl die Teilnahme an internationalen klinischen Auftragsstudien unter dem AMG und MPG und post-marketing orient. Anwendungsbeobachtungen u. Registerstudien als auch die Teilnahme an von Bundeszentralstellen und Arbeitsgruppen subventionierten, meist nationalen Forschungen.</i></p>
7	<p>Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien</p> <p><i>Eigens geplante klinisch-wissenschaftliche Forschungsprojekte werden selbst initiiert u. geleitet, auch unter Beteiligung ext. koop. Forschungszentren (z.B. in Kooperation mit der ansässigen Stiftung für Herzinfarktforschung- welche sich der Erforschung v. kardiovaskulären Erkrankungen widmet).</i></p>
8	<p>Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher</p> <p><i>Zahlreiche Chefärzte, Fachärzte, Abteilungsleiter und andere Fachkräfte veröffentlichen Beiträge in wissenschaftlichen Journalen oder Lehrbüchern.</i></p>
9	<p>Doktorandenbetreuung</p> <p><i>Im Klinikum Ludwigshafen werden Doktoranden in den verschiedenen Fachkliniken und medizinischen Instituten betreut.</i></p>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	<p>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin</p> <p><i>Mit dem Abschluss des Examens wird die fachbezogene Hochschulreife erlangt. Pro Jahr nehmen 4 Azubis in Kooperation mit der Hochschule Ludwigshafen am dualen Bachelor-Studiengang "Pflege" teil. Auszubildenden wird, im Rahmen des ERASMUS-Programms der EU, ein Stationseinsatz im EU-Ausland ermöglicht.</i></p>
2	<p>Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)</p> <p><i>Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen und führt zum Beruf des Medizinisch-Technischen Assistenten, Fachrichtung Radiologie. In dieser FA gibt es 4 Hauptfächer (Radiologische Diagnostik/Nuklearmedizin/Strahlentherapie/Strahlenphysik, Dosimetrie u. Strahlenschutz).</i></p>
3	<p>Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)</p> <p><i>Die OTA-Schule ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft anerkannt und bildet auch Auszubildende umliegender kooperierender Krankenhäuser aus. Auszubildenden der Krankenpflegeschule wird, im Rahmen des ERASMUS u. Mobilitätsprogramms der EU, ein OP-Einsatz im europäischen Ausland ermöglicht.</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 (Klin. Chemie, Mikrobiologie, Hämatologie, Histologie). Seit 2015 nehmen max. je 12 Azubis pro Jahr in Koop. mit der Hochschule Kaiserslautern, Campus Zweibrücken, am dualen Studiengang "Medizin- und Biowissenschaften" (B. Sc.) teil.</i></p>
5	<p>Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet den Schülern der PT-Akademie an der BG Klinik Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung. Der Einsatz erfolgt in den Fachbereichen Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie sowie Urologie.</i></p>
6	<p>Ergotherapeut und Ergotherapeutin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen bietet Schülern verschiedener Ergotherapie-Schulen im Umkreis von Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung.</i></p>
7	<p>Podologe und Podologin</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen ist praktischer Ausbildungspartner für Schüler der IB Schulen in Mannheim und Trier (Kooperationsvertrag). Der Einsatz erfolgt in der Hautklinik des Klinikums.</i></p>
8	<p>Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)</p> <p><i>Das Klinikum Ludwigshafen ist Kooperationspartner verschiedener externer Schulen, die eine Ausbildung zum Notfallsanitäter/ zur Notfallsanitäterin anbieten. Auszubildende dieser Schulen können die klinisch-praktische Ausbildung in ausgewählten Funktions- und Stationsbereichen absolvieren.</i></p>
9	<p>Logopäde und Logopädin</p> <p><i>Schüler/Studierende externer Ausbildungsstätten können im Klinikum ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.</i></p>
10	<p>Diätassistent und Diätassistentin</p> <p><i>Schüler externer Ausbildungsstätten können in der Hauptküche/Diätküche des Klinikums ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.</i></p>

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 997

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	41316
Teilstationäre Fallzahl:	1073
Ambulante Fallzahl:	98035

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40				
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	352,14	351,78	0,36	42,12	310,02
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	195,71	195,35	0,36	22,65	173,06

Abkürzungen:

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

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50				
PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	634,98 42,87 ¹⁾	634,98 42,87	0,00 0,00	24,16 0,00	610,82 42,87
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	47,20 0,29 ²⁾	47,20 0,29	0,00 0,00	0,00 0,00	47,20 0,29
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	25,61 1,52 ³⁾	25,61 1,52	0,00 0,00	0,00 0,00	25,61 1,52
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	16,67 0,40 ⁴⁾	16,67 0,40	0,00 0,00	0,03 0,00	16,64 0,40
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,89 0,00	5,89 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	5,89 0,00

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,69 0,00	9,69 0,00	0,00 0,00	1,46 0,00	8,23 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	102,63 6,11 ⁵⁾	102,63 6,11	0,00 0,00	15,50 0,00	87,13 6,11

Abkürzungen:

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

¹⁾ Hauptnachtwachen: 8,91 VK / Kodierfachkräfte: 0,21 VK / Prozessmanager: 14,72 VK / Pflegedienstleitung: 10,89 VK / Zentrale Patientenaufnahme: 8,15 VK

²⁾ Hauptnachtwachen: 0,29 VK

³⁾ Hauptnachtwachen: 0,79 VK / Prozessmanager: 0,73 VK

⁴⁾ Hauptnachtwachen: 0,40 VK

⁵⁾ Prozessmanager 2,09 VK / Sozialdienst 0,50 VK / Zentrale Patientenaufnahme 3,52 VK

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

Angabe entfällt

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

Abkürzungen:

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistentin und Diätassistent	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00
Ergotherapeutin und Ergotherapeut	1,36	1,36	0,00	0,00	1,36
Erzieherin und Erzieher	8,70	8,70	0,00	0,00	8,70
Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguist und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	4,97	4,97	0,00	0,00	4,97
Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	0,84	0,84	0,00	0,00	0,84
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	77,56	77,56	0,00	0,00	77,56
Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	26,63	26,63	0,00	0,00	26,63

Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	5,14	5,14	0,00	0,00	5,14
Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	23,36	23,36	0,00	0,00	23,36
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	28,76	28,76	0,00	0,00	28,76
Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	7,38	7,38	0,00	0,00	7,38
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	1,87	1,87	0,00	0,00	1,87
Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	2,50	2,50	0,00	0,00	2,50
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	18,31	18,31	0,00	0,00	18,31
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	18,30	18,30	0,00	0,00	18,30
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	11,02	11,02	0,00	0,00	11,02
Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	13,66	13,66	0,00	0,00	13,66
Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	62,14	62,14	0,00	0,00	62,14
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	86,83	86,83	0,00	0,00	86,83

Abkürzungen:

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Gemeinsam mehr erreichen

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

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

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

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

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

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

Kundenzufriedenheit

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

Die Patienten des Klinikums können sich mit ihren Anliegen persönlich an jeden Mitarbeitenden, aber auch an unsere Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten wenden. Diese Kontaktstelle wurde eingerichtet, damit die Patienten während ihres Aufenthaltes die Möglichkeit haben, sich aktiv zu den verschiedenen Leistungsbereichen zu äußern. Über sogenannte Interviews, die vor Ort bei den Patienten stattfinden, können positive wie auch negative Eindrücke und Erfahrungen direkt zurückgemeldet werden. Anhand dieser Rückmeldungen werden zeitnah Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Über interne und externe Druckmedien, wie zum Beispiel Klinikumsbroschüre, Visitenkarten, klinikinterne Mitarbeiterzeitschrift, Presseartikel, Online-Kontaktformular, usw., wird auf die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten hingewiesen. Telefonisch ist die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten von Montag bis Freitag zu den üblichen Dienstzeiten erreichbar. Außerdem gibt es die Möglichkeit, sich persönlich zu

den Sprechstunden (Montag bis Donnerstag von 14:00-15:00Uhr) oder nach Vereinbarung an die Leiterin der Kontaktstelle zu wenden.

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

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

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

Interne Audits

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

Zertifizierungen

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

Hier finden Sie unsere Zertifizierungen im Überblick:

- Onkologisches Zentrum Ludwigshafen

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

- Brustzentrum Ludwigshafen

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

- Hauttumorzentrum Rheinpfalz

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

- Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen

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

- Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz

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

- Viszeralonkologisches Zentrum Rheinpfalz

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

- Gefäßzentrum

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

- Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum

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

- Neuromuskuläres Zentrum Rhein-Neckar

Im Neuromuskulären Zentrum Rhein-Neckar betreuen spezialisierte Neurologen in Zusammenarbeit mit verschiedenen anderen Fachdisziplinen Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen.

Das Neuromuskuläre Zentrum Rhein-Neckar ist seit 2018 ein nach den Bestimmungen der "Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V." (DGM) zertifiziertes Zentrum. Folgende Kliniken sind daran beteiligt: Neurologische Kliniken des Klinikums Ludwigshafen, der Universitätskliniken Heidelberg und Mannheim, des Klinikums Karlsruhe und des Diakonissen-Krankenhaus Mannheim sowie die Neuropädiatrische Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg.

- Shunt-Referenzzentrum

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

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

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

- Apotheke

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

- Chest Pain Unit

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

- Diabeteszentrum

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

- Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

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

- Überregionale Stroke Unit

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

- Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)

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

- Angehörigenfreundliche Intensivstation

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

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsremium

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

Ja

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/
Funktionsbereiche:

Lenkungsremium 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

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

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

Ein Risikomanagementhandbuch liegt entsprechend den Vorgaben der ONR 49000 vor.

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

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

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

Die Umsetzung dieser Grundsätze bedeutet insbesondere:

- Höhere und nachhaltige Zielerreichungswahrscheinlichkeit
- Reduktion von Schadensfällen
- Verbesserung von Gesundheit, Sicherheit und Umweltschutz
- Stärkung von Bewusstsein und Akzeptanz für und von Risikomanagement
- Stärkung des Vertrauens von Stakeholdern

- Gewährleistung von Versicherungsschutz

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

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

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/
Funktionsbereiche:

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

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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

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

Im Bereich des Qualitäts- und Risikomanagements ist es wichtig, dort hinzuschauen, wo Risikokonstellationen entstehen, um diese zu identifizieren und Maßnahmen zur Prävention abzuleiten. Fehler 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 Patienten- und Mitarbeitersicherheit abgeleitet und umgesetzt werden können. Die Themen werden in interdisziplinären Arbeitsgruppen gesamthausbezogen analysiert, aufgearbeitet und gegebenenfalls Prozesse optimiert.

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.

Es existiert eine Verfahrensanweisung zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem. Darüber hinaus finden regelmäßig Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem statt. Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen erfolgen in einem monatlichen Rhythmus.

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

Kommunikation, Teamarbeit, Situationsbewusstsein und Entscheidungsfindung sind oft kritische und in ihrer Konsequenz fehlerbegünstigende Faktoren. Diese Fähigkeiten werden in Medical-Team-Trainings

geschult. Vergleichbar mit den verpflichtenden Trainings für Flugpersonal, werden dabei die Akzeptanz und das Verständnis für die erfolgreiche Anwendung verschiedener Sicherheitsstrategien vermittelt, das heißt "warum machen Menschen Fehler und was kann man dagegen tun".

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

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

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

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

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

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

Maßnahmen zur Patientensicherheit:

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

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

5. Interne Audits

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

6. Pflichtschulungen für die Mitarbeiter

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

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

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: - QM-Handbuch Gesamtklinikum- QM-Handbücher der einzelnen Kliniken - QM-Handbücher der Tumorzentren und Zentren- Risikomanagementhandbuch und Bewertungsmatrix mit den Bewertungsparametern Schadenspotenziale und Eintrittswahrscheinlichkeit Letzte Aktualisierung: 10.09.2020</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Medizinisches Notfallmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 14.09.2020</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Schmerzmanagement in der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit bei akuten, chronischen und tumorbedingten Schmerzen sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 18.03.2019</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 25.03.2020</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Berufsgruppenübergreifende VA zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 23.09.2019</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Freiheitsentziehende Maßnahmen sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 10.03.2018</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Meldung von Vorkommnissen in Verbindung mit Medizinprodukten sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 13.05.2020</i>
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 <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Transferchecklisten; VA Zählkontrolle von Instrumenten und Textilien innerhalb des Operationsprozesses sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 15.08.2018</i>
14	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: CL Patientenvorbereitung auf Station; OP-Transferchecklisten Letzte Aktualisierung: 03.04.2019</i>
15	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AA Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen im OP sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen; OP-Transferchecklisten Letzte Aktualisierung: 16.10.2019</i>
16	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standards und Empfehlungen (Regelungen zu: Aufwachraum Protokoll, Narkoseprotokoll/ Anordnung für Aufwachraum (Narco-Data), Schmerzscore, Aldrete's Score) sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 18.04.2019</i>
17	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Entlassmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen. Letzte Aktualisierung: 10.12.2019</i>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen

- 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: 13.11.2018</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: 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 nimmt das Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH kontinuierlich an dem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem CIRS Health Care teil.

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Ja

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	CIRS Health Care

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

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

¹⁾ Dr. Sebastian Kevekordes, Dr. Ulrich Burkhardt

²⁾ In jeder Abteilung ist ein hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin sowie ein Stellvertreter bestellt, der über eine von der Landesärztekammer anerkannte Fortbildung verfügt. Dieser ist Ansprechpartner in Fragen der Hygiene und Infektionsprävention und wirkt bei der Einhaltung diesbezüglicher Regeln mit.

³⁾ Für jede Station/ jeden Bereich des Klinikums sind hygienebeauftragte Pflegekräfte benannt, die Ansprechpartner in Fragen der Hygiene und Infektionsprävention für das Pflegepersonal und das sonstige medizinische Assistenzpersonal auf den Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen sind. Sie sind Ansprechperson für die Hygienefachkräfte, die Krankenhaushygieniker und achten auf die frühzeitige Wahrnehmung bzw. Meldung von nosokomialen Infektionen.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Matthias F. Bauer, Chefarzt des Instituts für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Telefon:	0621 503 3500
Fax:	0621 503 3520

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Um das Bewusstsein zum Thema Krankenhaushygiene 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, hygienerrelevante Prozesse, 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 und wird kontinuierlich weitergeführt.

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	Kopfhäube	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 (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

	OPTION	AUSWAHL
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	Ja

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	31
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	152

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	<p>Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten</p> <p><i>Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/</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 Mitarbeiter, Patienten und Angehörige durchgeführt. 2019 erfolgte der Aktionstag unter Beteiligung der OTA- und Krankenpflegeschüler des Klinikums mit Übungsstationen zum Thema Händehygiene.</i></p>
5	<p>Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten</p> <p><i>Die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung des Klinikums ist seit 2013 nach DIN EN ISO 13485 zertifiziert (Re-Zert. 2019). Die Überprüfung von Aufbereitung u. Sterilisation von Medizinprodukten erfolgt durch interne Audits sowie durch die jährlichen externen Überwachungs- und Zertifizierungsaudits.</i></p>
6	<p>Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen</p> <p><i>2x jährl. hygienebeauftragte Ärzte & Pflegekräfte, 1x jährl. hygieneverantwortliche MA Funktion & MFA, 2x jährl. Sachkunde, 2x jährl. Fachkunde 1, 1x jährl. Fachkunde 2, 1x jährlich OTA-Kurs, 1x jährl. Impfseminar Ärzte, 2x jährl. Hygiene-Refresher-Kurs, 2x jährl. Refresher-Kurs Aufbereitung MP</i></p>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input 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. https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html <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). https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html <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. https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html <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. https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html	Ja

LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT		ERFÜLLT?
<p><i>Nach Eingang einer schriftlichen Beschwerde bei der Kontaktstelle für Patienten Anliegen erhält der Beschwerdeführer umgehend eine Empfangsbestätigung. Anschließend wird die eingegangene Beschwerde an die zuständigen Führungskräfte zur Klärung sowie der Bitte um Stellungnahme und Benennung mögl. Verbesserungsmaßnahmen weitergeleitet. Danach erhält der Beschwerdeführer eine abschließende Rückmeldung über die Kontaktstelle für Patienten Anliegen (KfP).</i></p>		
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
<p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</p> <p><i>Der Beschwerdeführer bekommt innerhalb eines Werktages eine Eingangsbestätigung seiner Beschwerde. Die Beschwerdeführer erhalten durchschnittlich innerhalb von 14 Tagen eine abschließende Rückmeldung zu ihrer Beschwerde. Die Beschwerdebearbeitungszeit lag im Jahr 2019 bei 2,7 Tagen.</i></p>		
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
<p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</p> <p><i>Die Ansprechpartnerin der KfP, Fr. Kautz, nimmt Fragen, Wünsche, Anregungen, Lob u. Kritik von Patienten u. Angehörigen im persönlichen Gespräch in Form von offenen Interviews u. Sprechstunden entgegen, bearbeitet alle mündlichen, schriftlichen und/oder anonym eingehenden Rückmeldungen. Die Mitarbeiter in den Kliniken und Bereichen stehen darüber hinaus den Patienten als erste Ansprechpartner bei Rückmeldungen vor Ort zur Verfügung u. übermitteln bei Erfordernis zur Weiterbearbeitung an die KfP.</i></p>		
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
<p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html</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>http://www.klilu.de/content/ihre_meinung/ihre_meinung_ist_uns_wichtig/index_ger.html</p> <p><i>Anonyme Rückmeldungen können die Patienten entweder per Post direkt an die Kontaktstelle für Patienten Anliegen 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>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/befragung_patientenzufriedenheit/index_ger.html?raw=befragung&ZMS_HIGHLIGHT=raw</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@klilu.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	8
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	7

Erläuterungen:

Beschäftigte Personengruppen (in VK) in der Apotheke:
 Leitender Apotheker 1,00
 Fachapotheker(in) 2,25
 Apotheker(in) 2,46
 Pharma.-Kaufm. Assistent(in) 4,40
 Pharma.-Techn. Assistent(in) 5,23
 Praktikant(in) 1,92
 Auszubildende(r) (PKA) 0,84
 Hilfskraft 1,00
 Sachbearbeiter(in) 0,52
 Gesamt 19,61

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umsetzung von Hausmedikation Letzte Aktualisierung: 13.07.2020</i>
2	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
3	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformatelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung) <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA Arzneimittel Letzte Aktualisierung: 28.07.2020</i> <i>Mitgeltende Unterlagen: Gültige Arzneimittelliste; DA Umgang mit BTM; GO AMK; Meldebogen für UAW, VA Entlassmanagement; VA Zytostatika und andere CMR-Arzneimittel, CL Medikamentenkontrolle auf Verfall; AiD-Klinik, Hygienepläne; Merkblätter</i>
4	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap KlinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
6	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
7	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
8	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
9	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
10	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
11	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

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

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

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

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

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

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

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

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
2	Positronenemissionstomograph (PET)/ PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	
3	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
4	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
5	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
6	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	
7	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
8	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
9	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
	<i>Integration in dem 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

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

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe vereinbart: Ja

Stufen der Notfallversorgung:

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

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2:

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Keine Teilnahme am Modul der Speziellen Notfallversorgung.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Keine Teilnahme am Modul Spezialversorgung.

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

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

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

Nein

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

Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klilik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheuma_index_ger.html

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Uppenkamp, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3900
Fax:	0621 503 3977
E-Mail:	meda@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klilik_fuer_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheuma_index_ger.html

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs, Magen-Darm-Krebs, Brustkrebs</i>
2	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen <i>z. B. autologe Stammzelltransplantation und Therapie akuter Leukämien, maligner Lymphome, multipler Myelome</i>
3	Stammzelltransplantation
4	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
5	Dialyse
6	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
7	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
9	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
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 nach §116b SGB V, Infektions-Ambulanz, MVZ Hämato-Onkologie</i>
25	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
26	Onkologisches Zentrum <i>Das Onkologische Zentrum Ludwigshafen (OZLU) ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2563
Teilstationäre Fallzahl:	1073

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	146
2	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	127
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	92
4	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	84
5	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	72
6	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	62
7	M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	47
8	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	47
9	M31.3	Wegener-Granulomatose	47
10	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	42
11	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	38
12	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	37
13	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	37
14	M31.6	Sonstige Riesenzellerarteriitis	36

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	C83.1	Mantelzell-Lymphom	34
16	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	34
17	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	30
18	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	28
19	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	28
20	C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	27
21	C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	26
22	M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	25
23	M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	24
24	C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	23
25	M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	22
26	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	20
27	M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	18
28	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	17
29	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	17
30	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	17

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	222
2	C83	Nicht folliculäres Lymphom	202
3	I50	Herzinsuffizienz	161
4	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	149
5	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	136
6	N17	Akutes Nierenversagen	98
7	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	96
8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	77
9	N18	Chronische Nierenkrankheit	73
10	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	46

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-859.x	Andere diagnostische Punktion und Aspiration: Sonstige	3291
2	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	3205
3	8-836.xx	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Sonstige	932
4	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	660
5	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	536
6	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	397
7	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	344
8	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	301
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	295
10	1-710	Ganzkörperplethysmographie	277
11	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	242
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	230
13	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	226
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	195
15	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	177
16	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	172
17	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	144
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	132
19	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	130

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	120
21	8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	104
22	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	97
23	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	94
24	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	94
25	8-543.11	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	93
26	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	86
27	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	85
28	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	84
29	8-543.12	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	80
30	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	74

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854	Hämodialyse	3335
2	8-547	Andere Immuntherapie	1069
3	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	859
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	755
5	8-855	Hämodiafiltration	448
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	391
7	8-857	Peritonealdialyse	383
8	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	352

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	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
2	RHEUMATOLOGISCHE AMBULANZ
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche)
	<i>Schwerpunkt: schwere Systemerkrankungen wie z.B. Lupus erythematoses, Sklerodermie, Vaskulitiden</i>
3	INFEKTIONS-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
4	FACHBEREICH INNERE MEDIZIN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Hämato-Onkologie</i>
5	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	Behandlung von NotfallpatientInnen (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

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

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	26,64	26,48	0,16	3,92	22,72	112,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	15,87	15,70	0,17	2,33	13,54	189,3

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-[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
5	Allgemeinmedizin

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	43,99	43,99	0,00	1,80	42,19	60,7
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,46	1,46	0,00	0,00	1,46	1755,5
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,29	2,29	0,00	0,00	2,29	1119,2
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,97	2,97	0,00	0,00	2,97	863,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,76	7,76	0,00	2,00	5,76	445,0

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Diabetes
4	Ernährungsmanagement
5	Kinästhetik
6	Dekubitusmanagement
7	Palliative Care
8	Deeskalationstraining

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

Angabe entfällt

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

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Ralf Zahn, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4000
Fax:	0621 503 4044
E-Mail:	medb@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_kardiologie_pneumologie_angiologie_und_interni:index_ger.html

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes <i>Stationäre und ambulante Behandlung möglich</i>
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Verödung von Strukturen am Herzen, die Rhythmusstörungen auslösen, Behandlung von Rhythmusstörungen mit Schrittmachersystemen</i>
6	Transkutaner Aortenklappenersatz
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
11	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin <i>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 <i>Herz, Mediastinum</i>
23	Arteriographie <i>In der Abteilung werden Arteriographien der Aorta (Hauptschlagader) und der Carotiden (Halsschlagadern) durchgeführt. Verödung von Strukturen im Bereich der Nierenschlagader im Rahmen der Blutdrucktherapie</i>
24	Phlebographie
25	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Von Herz und Lunge in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.</i>
26	Perkutane Ballonvalvuloplastie der Aorten- und Mitralklappe
27	Perkutane Kreislauferunterstützungssysteme (ECMO, Impella, IABP)
28	Endoskopie <i>Lungenspiegelung und Brustraumspiegelung</i>
29	Elektrophysiologie
30	Renale Denervation
31	Perkutaner Verschluss des linken Vorhofohrs
32	Intensivmedizin <i>Zusammen mit der neurolog. Klinik, Med. Klinik A C: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung, Dilatationstracheotomie, Hämodialyse/Hämofiltration (Med. Klinik A), Lungenersatzverfahren (ECMO), Herzlungenmaschine, Herzunterstützungssysteme</i>
33	Allgemeine Notfallmedizin <i>Koordination des Notarztwagens, hausinterner Reanimationsdienst, Qualifikation mehrerer Ärzte als "Leitender Notarzt"</i>
34	Spezialsprechstunde <i>Herzschrittmacher-Sprechstunde, Sprechstunde für Patienten mit implantierten Defibrillatoren, Schlafmedizin, Pneumologie (Lungenerkrankungen), Spezialsprechstunde Herzinsuffizienz</i>
35	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
36	Chest Pain Unit (CPU) zur Behandlung von Patienten mit Brustschmerz <i>Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Re-Zertifizierung 03.04.2018).</i>
37	Überregionales Heart Failure Unit (HFU) Zentrum zur Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz <i>Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) (Zertifizierung 10.02.2020).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	7784
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	414
2	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	395
3	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	381
4	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	363
5	I20.0	Instabile Angina pectoris	320
6	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	309
7	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	263
8	I35.0	Aortenklappenstenose	253
9	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	173
10	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	161
11	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	144
12	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	140
13	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	139
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	138
15	R55	Synkope und Kollaps	99
16	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	94
17	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	92
18	I48.3	Vorhofflattern, typisch	87
19	G47.38	Sonstige Schlafapnoe	85
20	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	83
21	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	74
22	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	74
23	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	64
24	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	63
25	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	62

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodéfibrillators	61
27	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	60
28	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	59
29	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	59
30	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	53

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50	Herzinsuffizienz	837
2	I20	Angina pectoris	717
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	699
4	R07	Hals- und Brustschmerzen	493
5	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	482
6	I35	Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten	414
7	G47	Schlafstörungen	296
8	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	270
9	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	263
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	251

B-[2].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

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	2453
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2056
3	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1451
4	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1076

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	924
6	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	884
7	1-790	Polysomnographie	726
8	1-205	Elektromyographie (EMG)	726
9	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	701
10	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	699
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	696
12	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	688
13	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	662
14	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	588
15	8-83b.01	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	564
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	469
17	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	451
18	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	397
19	8-83b.00	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	390
20	1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige	373
21	8-701	Einfache endotracheale Intubation	358
22	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	307
23	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	297
24	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	295

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	294
26	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	286
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	271
28	1-274.3	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums	249
29	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)	232
30	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	229

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2692
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	2117
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2056
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1422
5	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	826
6	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	763
7	1-790	Polysomnographie	726
8	1-205	Elektromyographie (EMG)	726

B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Schrittmacher und Defibrillator Kontrollen
	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	Elektrophysiologie
	<i>Behandlung durch den Chefarzt oder einen Oberarzt</i>
2	KARDIOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Schrittmacher und Defibrillator Kontrollen
	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	Elektrophysiologie
	<i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte</i>
3	ARRHYTHMIE-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Schrittmacher und Defibrillator- Kontrollen
	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Elektrophysiologie
	<i>Überweisung durch niedergelassene Fachärzte</i>
4	FACHBEREICH INNERE MEDIZIN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Pneumologie</i>
5	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	5
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-431	Gastrostomie	< 4

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	41,41	41,41	0,00	3,18	38,23	203,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	24,05	24,05	0,00	1,85	22,20	350,6

Abkürzungen:

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

B-[2].11.1.1 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	123,57	123,57	0,00	7,32	116,25	67,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,37	5,37	0,00	0,00	5,37	1449,5
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,07	8,07	0,00	0,00	8,07	964,6
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,71	2,71	0,00	0,00	2,71	2872,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,50	11,50	0,00	3,96	7,54	1032,4

Abkürzungen:

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

B-[2].11.2.1 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	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
6	Pflege in der Nephrologie
7	Notfallpflege
8	Hygienebeauftragte in der Pflege
9	Praxisanleitung
10	Intermediate Care Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Diabetes
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Schmerzmanagement
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Palliative Care
9	Breast Care Nurse
10	Deeskalationstraining
11	Gerontopsychiatrie
12	Stroke Unit Care

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

Angabe entfällt

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

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

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

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0700) Gastroenterologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Ralf Jakobs, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4100
Fax:	0621 503 4114
E-Mail:	medc@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_index_ger.html

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

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
7	Interdisziplinäre Tumornachsorge
8	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
9	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
12	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
13	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
14	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
16	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
20	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
21	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
22	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
23	Diagnostik und Therapie von Allergien
24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
25	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	4452
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	164
2	K83.1	Verschluss des Gallenganges	115
3	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	105
4	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	97
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	91
6	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	83
7	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	82
8	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	80
9	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	73
10	C22.0	Leberzellkarzinom	72
11	K22.2	Ösophagusverschluss	67
12	D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Pankreas	60
13	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	57
14	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	54
15	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	53
16	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	52
17	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	46
18	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	45
19	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	44
20	K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas	41
21	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	40
22	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	39
23	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	39
24	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	37
25	K83.0	Cholangitis	37
26	K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	35

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	34
28	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	33
29	D13.2	Gutartige Neubildung: Duodenum	32
30	C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	32

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	223
2	K80	Cholelithiasis	208
3	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	185
4	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	168
5	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	152
6	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	150
7	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	146
8	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	139
9	C16	Bösartige Neubildung des Magens	136
10	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	108

B-[3].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	3304
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	1111
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	1105
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	508
5	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	450

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	408
7	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	401
8	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	373
9	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	316
10	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	299
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	290
12	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	289
13	8-900	Intravenöse Anästhesie	275
14	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	261
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	254
16	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	232
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	226
18	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	223
19	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	206
20	1-651	Diagnostische Sigmoideoskopie	203
21	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	188
22	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	186
23	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	185
24	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	184
25	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	182
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	176

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	142
28	1-653	Diagnostische Proktoskopie	142
29	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	132
30	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	132

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	3375
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	1675
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1489
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	1291
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	1230
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	658
7	5-469	Andere Operationen am Darm	609
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	508

B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
2	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	108
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	60
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	38
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	25,52	25,52	0,00	1,87	23,65	188,2
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	10,83	10,83	0,00	0,79	10,04	443,4

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-[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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	33,53	33,53	0,00	1,03	32,50	137,0

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,63	4,63	0,00	0,00	4,63	961,6
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,77	0,77	0,00	0,00	0,77	5781,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,98	1,98	0,00	0,00	1,98	2248,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,45	8,45	0,00	1,00	7,45	597,6

Abkürzungen:

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Diabetes
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Schmerzmanagement
6	Dekubitusmanagement
7	Palliative Care

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
8	Breast Care Nurse
9	Deeskalationstraining

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

Angabe entfällt

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

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

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

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Stefan Willis, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3150
Fax:	0621 503 3184
E-Mail:	cha@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie/index_ger.html

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
4	Chirurgische Intensivmedizin
5	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
7	Endokrine Chirurgie
8	Magen-Darm-Chirurgie
9	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
10	Tumorchirurgie <i>Metastasen Chirurgie</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
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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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 Ellenbogens und des Unterarmes
53	Diagnostik von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
54	Diagnostik von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
55	Diagnostik von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
56	Diagnostik von sonstigen Verletzungen
57	Diagnostik von Verletzungen des Kopfes
58	Diagnostik von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
59	Diagnostik von Verletzungen des Halses
60	Diagnostik von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
61	Diagnostik von Verletzungen des Thorax
62	Diagnostik von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
63	Native Sonographie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
64	Eindimensionale Dopplersonographie
65	Duplexsonographie
66	Sonographie mit Kontrastmittel
67	Endosonographie
68	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Unfallchirurgie/D-Arzt, Kontinenzsprechstunde, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Darmkrebssprechstunde</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 30.04.2020).</i>
71	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum <i>Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft e.V. zertifiziert (Re-Zertifizierung 29.06.2018).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	3320
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	138
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	111
3	S06.0	Gehirnerschütterung	106
4	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	94
5	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	94
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	87
7	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	69
8	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	67
9	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	57
10	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	55

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	53
12	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	52
13	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	51
14	K61.0	Analabszess	50
15	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	49
16	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	44
17	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	41
18	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	40
19	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	40
20	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	37
21	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	37
22	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	35
23	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	31
24	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	30
25	K61.1	Rektalabszess	28
26	K36	Sonstige Appendizitis	27
27	K60.3	Analfistel	26
28	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	26
29	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	26
30	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	26

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K80	Cholelithiasis	251
2	K40	Hernia inguinalis	165
3	K35	Akute Appendizitis	146
4	K57	Divertikulose des Darmes	137
5	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	134
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	131

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	S06	Intrakranielle Verletzung	128
8	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	114
9	E04	Sonstige nichttoxische Struma	107
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	100

B-[4].6.2 Kompetenzdiagnosen

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	87
2	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	100
3	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	21
4	C16	Bösartige Neubildung des Magens	32
5	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	18
6	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	114
7	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	14

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	259
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	190
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	178
4	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	168
5	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	141
6	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	129
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	126
8	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	103
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	92

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	90
11	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	86
12	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	83
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	82
14	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	80
15	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	74
16	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	70
17	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	70
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	69
19	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	63
20	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	63
21	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	60
22	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	59
23	5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge	59
24	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	55
25	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	52
26	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	52
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	50

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	47
29	5-455.41	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	46
30	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	45

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-511	Cholezystektomie	354
2	5-469	Andere Operationen am Darm	303
3	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	246
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	190
5	5-470	Appendektomie	182

B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein-, thorax- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
2	ALLGEMEIN-/VISZERALCHIRURGIE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und thoraxchirurgischen Erkrankungen
	Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	Magen-Darm-Chirurgie
	Speiseröhrenchirurgie
	Tumorchirurgie

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	97
2	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	28
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	22
4	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	17
5	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	14
6	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	7
7	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	5
8	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	4
9	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
10	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	25,28	25,28	0,00	5,12	20,16	164,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	17,04	17,04	0,00	3,45	13,59	244,3

Abkürzungen:

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

B-[4].11.1.1 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 <i>Chirurgische Intensivmedizin</i>
3	Proktologie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	63,45	63,45	0,00	3,00	60,45	54,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,42	3,42	0,00	0,00	3,42	970,8
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,72	2,72	0,00	0,00	2,72	1220,6
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,49	1,49	0,00	0,00	1,49	2228,2
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,49	1,49	0,00	0,32	1,17	2837,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,41	7,41	0,00	2,00	5,41	613,7

Abkürzungen:

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

B-[4].11.2.1 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	Pflege in der Nephrologie
8	Notfallpflege
9	Hygienebeauftragte in der Pflege

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
---	--

10	Praxisanleitung
11	Intermediate Care Pflege

B-[4].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
-----------------------	--

1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Palliative Care
8	Deeskalationstraining
9	Stroke Unit Care

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

Angabe entfällt

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-[5] Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefassaechirurgie/index_ger.html

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1518) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
2	(1800) Gefäßchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Kühner, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3341
Fax:	0621 503 3342
E-Mail:	chb@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gefassaechirurgie/index_ger.html

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Aortenaneurysmachirurgie
2	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
3	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	Dialyseshuntchirurgie
6	Varizenchirurgie
7	Carotischirurgie
8	Arteriographie
9	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 16.11.2020)</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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1106
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	196

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	123
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	87
4	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	65
5	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	64
6	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	54
7	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	48
8	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	45
9	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	39
10	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	35
11	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	31
12	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	30
13	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	30
14	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	26
15	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	9
16	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	9
17	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	9
18	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	9
19	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	9
20	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8
21	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	8
22	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	8
23	I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	8
24	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	6
25	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	G45.32	Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	5
27	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	5
28	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	5
29	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	5
30	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	482
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	126
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	84
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	66
5	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	46
6	I83	Varizen der unteren Extremitäten	44
7	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	41
8	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	38
9	Z49	Dialysebehandlung	31
10	I63	Hirninfarkt	25

B-[5].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	222
2	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	172
3	5-983	Reoperation	142
4	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	125
5	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	114

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	107
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	102
8	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	99
9	5-930.00	Art des Transplantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung	92
10	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	90
11	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	90
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	89
13	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	88
14	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	85
15	5-930.3	Art des Transplantates: Xenogen	83
16	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	76
17	5-98a.0	Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie	73
18	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	70
19	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	69
20	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	68
21	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	68
22	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	67
23	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	66
24	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	59
25	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	59
26	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	55

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shunt	55
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	45
29	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	45
30	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	45

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	509
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	425
3	5-381	Endarteriektomie	421
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	350
5	5-930	Art des Transplantates	289
6	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	255
7	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	180
8	8-854	Hämodialyse	70

B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	40
2	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	9

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	10,20	10,20	0,00	0,12	10,08	109,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,30	6,30	0,00	0,08	6,22	177,8

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-[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
2	Notfallmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	14,64	14,64	0,00	0,00	14,64	75,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,84	1,84	0,00	0,00	1,84	601,1
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,94	1,94	0,00	0,00	1,94	570,1
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,52	0,52	0,00	0,00	0,52	2126,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,85	2,85	0,00	0,13	2,72	406,6

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

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

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

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

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

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

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/herzchirurgie/ index_ger.html

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	901
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Angabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	191
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	122
3	I35.0	Aortenklappenstenose	104
4	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	74
5	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	56
6	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	44
7	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	43
8	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	23
9	I20.0	Instabile Angina pectoris	20

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	20
11	I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	16
12	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	16
13	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	15
14	I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert	15
15	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	12
16	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	9
17	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	9
18	T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	9
19	I31.2	Hämoperikard, anderenorts nicht klassifiziert	7
20	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
21	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	6
22	I34.80	Nichtreumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	5
23	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	5
24	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	5
25	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	4
26	Q21.1	Vorhofseptumdefekt	< 4
27	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	< 4
28	I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	< 4
29	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	< 4
30	I08.3	Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	< 4

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	237
2	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	202

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	158
4	I33	Akute und subakute Endokarditis	56
5	I34	Nichtreumatische Mitralklappenkrankheiten	49
6	I20	Angina pectoris	36
7	I08	Krankheiten mehrerer Herzklappen	33
8	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	31
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	14
10	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	9

B-[6].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	542
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	514
3	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	426
4	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	346
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	318
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	290
7	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	182
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	142
9	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	137
10	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	136
11	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	126

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	117
13	5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	115
14	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	109
15	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	102
16	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	94
17	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	91
18	6-004.d	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Levosimendan, parenteral	84
19	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	81
20	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	80
21	5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	76
22	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	72
23	1-710	Ganzkörperplethysmographie	71
24	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	68
25	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	65
26	5-351.12	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	61
27	5-370.2	Perikardiotomie und Kardiotomie: Adhäsiolyse am Perikard	56
28	5-340.0	Inzision von Brustwand und Pleura: Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch	55
29	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	49

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	46

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	772
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	671
3	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	644
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	540
5	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	514
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	318
7	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	240
8	5-38b	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation	148
9	8-854	Hämodialyse	81

B-[6].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN: Diagnostik von herzchirurgischen Patienten
2	HZ-AMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN: Diagnostik von herzchirurgischen Patienten
	<i>In der HZ-Ambulanz erfolgt die komplette prästationäre Vorbereitung von Patienten, die zur herzchirurgischen Therapie an die Klinik überwiesen werden. Bei allen Patienten erfolgt ein präoperatives Screening auf MRSA, bei Bedarf erfolgt eine präoperative Sanierung von kontaminierten Patienten.</i>
3	ZENTRALE PATIENTENAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h) LEISTUNGEN:

3	ZENTRALE PATIENTENAUFNAHME
	Diagnostik und Behandlung von herzchirurgischen Notfallpatienten
	Behandlung von Notfällen (24h)

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

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

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	16,60	16,60	0,00	0,00	16,60	54,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,15	8,15	0,00	0,00	8,15	110,6

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-[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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	65,21	65,21	0,00	0,00	65,21	13,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,28	1,28	0,00	0,00	1,28	703,9
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,99	0,99	0,00	0,00	0,99	910,1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,23	0,23	0,00	0,00	0,23	3917,4
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,06	2,06	0,00	0,00	2,06	437,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,04	4,04	0,00	0,00	4,04	223,0

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-[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	Pflege in der Nephrologie
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	Diabetes
4	Ernährungsmanagement
5	Kinästhetik
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Palliative Care
9	Breast Care Nurse
10	Deeskalationstraining

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

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/urologie/index_ger.html

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2200) Urologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

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

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

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	4085
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	509
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	302
3	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	295
4	N40	Prostatahyperplasie	251
5	N20.1	Ureterstein	239
6	N20.0	Nierenstein	230
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	184
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	169
9	R33	Harnverhaltung	140
10	N13.6	Pyonephrose	118
11	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	111
12	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	85
13	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	71
14	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	71
15	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	63
16	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	57
17	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Harnblase	46
18	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	46
19	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	44
20	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	35
21	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	35
22	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	34
23	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	33
24	N32.0	Blasenhalsobstruktion	32
25	T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	31

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	31
27	N41.3	Prostatazystitis	30
28	T83.0	Mechanische Komplikation durch einen Harnwegskatheter (Verweilkatheter)	28
29	N41.0	Akute Prostatitis	27
30	N44.0	Hodentorsion	23

B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	784
2	N20	Nieren- und Ureterstein	540
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	420
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	302
5	N40	Prostatahyperplasie	251
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	218
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	169
8	R33	Harnverhaltung	140
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	87
10	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	85

B-[7].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	827
2	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	491
3	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	457
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	415

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	253
6	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	229
7	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	215
8	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	204
9	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	192
10	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	189
11	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	181
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	180
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	179
14	8-110.2	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Niere	132
15	8-137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung	130
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	116
17	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	113
18	1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	107
19	5-604.42	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	106
20	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	98
21	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	98
22	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	93
23	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	86

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	86
25	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	85
26	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	75
27	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	74
28	8-133.1	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung	71
29	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	69
30	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	68

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	1219
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	707
3	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	578
4	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	464
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	415
6	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	352
7	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	197

B-[7].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Urologische Implantate
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane

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

3	UROLOGIE
	Urogynäkologie
4	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	LEISTUNGEN:
	Diagnose und Therapie aller Formen der Inkontinenz inkl. Neuro-Urologie
	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Urologischen Klinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.</i>
5	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	526
2	5-640	Operationen am Präputium	108
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	60
4	5-572	Zystostomie	44
5	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	36
6	5-611	Operation einer Hydrocele testis	30
7	5-624	Orchidopexie	18
8	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	9
9	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	9
10	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	17,08	16,96	0,12	1,59	15,49	263,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,56	8,44	0,12	0,79	7,77	525,7

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-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Urologie

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[7].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	26,96	26,96	0,00	1,00	25,96	157,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,19	5,19	0,00	0,00	5,19	787,1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,19	0,19	0,00	0,00	0,19	21500,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,67	0,67	0,00	0,60	0,07	58357,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,21	5,21	0,00	0,30	4,91	832,0

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
10	Deeskalationstraining
11	Stroke Unit Care

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

Angabe entfällt

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

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

Name/Funktion:	Nelli Chamarina, Sektionsleiterin Geburtshilfe
Telefon:	0621 503 3278
Fax:	0621 503 3288
E-Mail:	geburt@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

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

B-[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
19	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	2633
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	455
2	O28.8	Sonstige abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter	108
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	90
4	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	84

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	79
6	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	74
7	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	71
8	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	65
9	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	64
10	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	63
11	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	53
12	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	52
13	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	47
14	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	40
15	O20.0	Drohender Abort	36
16	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	31
17	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	31
18	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	29
19	N81.1	Zystozele	29
20	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	28
21	O06.4	Nicht näher bezeichneter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	27
22	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	26
23	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	26
24	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	25
25	O98.8	Sonstige infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	23
26	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	23
27	N80.1	Endometriose des Ovars	23
28	O33.5	Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch ungewöhnlich großen Fetus	23
29	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	21
30	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	21

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	456
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	243
3	O28	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik	108
4	O80	Spontangeburt eines Einlings	90
5	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	87
6	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	86
7	O42	Vorzeitiger Blasensprung	86
8	D25	Leiomyom des Uterus	79
9	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	71
10	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	70

B-[8].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	481
2	1-242	Audiometrie	408
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	252
4	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	126
5	3-709.x	Szintigraphie des Lymphsystems: Sonstige	120
6	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	116
7	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	113
8	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	111

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	110
10	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	105
11	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	100
12	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	97
13	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	75
14	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	71
15	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	66
16	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	66
17	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	64
18	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	55
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	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	53
21	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	53
22	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	49
23	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	46
24	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	43
25	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	40
26	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	38
27	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	38
28	5-783.0d	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken	37

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	32
30	5-707.1	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Douglasplastik	32

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	513
2	1-242	Audiometrie	408
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	252
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	217
5	5-749	Andere Sectio caesarea	193
6	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	187
7	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	151
8	5-469	Andere Operationen am Darm	140
9	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	140
10	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	132

B-[8].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

2	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	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
3	GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	Urogynäkologie
	<i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
4	ENDOMETRIOSESPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	<i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
5	BRUSTSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Tumornachsorge
	Chemoambulanz
	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
	<i>Stanzbiopsie d. Brust unter Ultraschall- u. Mammographiesicht, sonograph. u. mammograph. Untersuchung v. Brustdrüsen, ggf. inkl. regionaler Lymphknoten (bei Indikation MRT). Bei Erstzuweisung ist eine Überweisung durch einen Vertragsarzt erforderlich.</i>

6	KONTINENZSPRECHSTUNDE
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	LEISTUNGEN:
	Urogynäkologie
	<i>Die Kontinenzsprechstunde der Frauenklinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums. Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
7	DYSPLASIESPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	<i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
8	KINDERGYNÄKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Fehlbildungen und Tumoren
	Diagnostik und Therapie bei Blutungsstörungen
	Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen
	Endokrinologische Erkrankungen
	<i>Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.</i>
9	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	162
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	130
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	96
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	54
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	28
6	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	16
7	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	7
8	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	5

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	5
10	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	4

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	12,10	12,10	0,00	1,95	10,15	259,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,46	6,46	0,00	1,35	5,11	515,3

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-[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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,30	16,30	0,00	1,00	15,30	172,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,97	7,97	0,00	0,00	7,97	330,4
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,20	0,20	0,00	0,00	0,20	13165,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,89	5,89	0,00	0,00	5,89	447,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,28	0,28	0,00	0,00	0,28	9403,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,07	2,07	0,00	0,27	1,80	1462,8

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-[8].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	Pflege in der Nephrologie
8	Notfallpflege
9	Hygienebeauftragte in der Pflege

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

10 Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Schmerzmanagement
6	Breast Care Nurse
7	Deeskalationstraining
8	Stroke Unit Care

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

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hals_nasen_ohren_klinik/index_ger.html

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	3392
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	288
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	157
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	154
4	J36	Peritonsillarabszess	135
5	H71	Cholesteatom des Mittelohres	113
6	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	109
7	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	103
8	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	95
9	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	90
10	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	84
11	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	78
12	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	76
13	R04.0	Epistaxis	72
14	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	54
15	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	47
16	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	45
17	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	43
18	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	39
19	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	36
20	K11.2	Sialadenitis	35

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	28
22	S02.2	Nasenbeinfraktur	27
23	H91.0	Ototoxischer Hörverlust	27
24	S06.0	Gehirnerschütterung	25
25	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	24
26	D14.1	Gutartige Neubildung: Larynx	24
27	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	24
28	K14.8	Sonstige Krankheiten der Zunge	22
29	J37.0	Chronische Laryngitis	22
30	G51.0	Fazialisparese	22

B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	337
2	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	326
3	J32	Chronische Sinusitis	297
4	H91	Sonstiger Hörverlust	153
5	J36	Peritonsillarabszess	135
6	H71	Cholesteatom des Mittelohres	113
7	J03	Akute Tonsillitis	106
8	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	100
9	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	96
10	R04	Blutung aus den Atemwegen	81

B-[9].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-242	Audiometrie	649
2	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	494

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	446
4	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	431
5	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	420
6	1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt	397
7	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	335
8	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	304
9	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	249
10	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	242
11	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	241
12	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	209
13	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	205
14	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	195
15	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	187
16	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	186
17	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	183
18	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	182
19	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	152
20	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	150
21	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	143
22	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	125
23	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszess tonsillektomie	121
24	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	114
25	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	106
26	5-983	Reoperation	96

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	92
28	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	86
29	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	83
30	5-985.0	Lasertechnik: Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser	82

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	676
2	1-242	Audiometrie	649
3	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	639
4	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	534
5	5-984	Mikrochirurgische Technik	446
6	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	439
7	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	431
8	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	420
9	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	342

B-[9].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Tumornachsorge
	Diagnostik und Therapie von Allergien
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
	Interdisziplinäre Tumornachsorge
	Laserchirurgie
	Mittelohrchirurgie
	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
	Schwindeldiagnostik/-therapie
2	HNO-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Tumornachsorge
	Diagnostik und Therapie von Allergien
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
	Interdisziplinäre Tumornachsorge
	Laserchirurgie
	Mittelohrchirurgie
	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
	Schwindeldiagnostik/-therapie
	<i>Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für HNO-Heilkunde erforderlich.</i>

3	PHONIATRIE UND PÄDAUDIOLOGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Phoniatrie
	Leistungen der Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
	Pädaudiologie
	<i>Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt (Allgemeinarzt/Praktischer Arzt, HNO-Arzt, Internist, Kinderarzt, Nervenarzt oder Neurologe)</i>
4	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-200	Parazentese [Myringotomie]	462
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	207
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	88
4	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	72
5	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	66
6	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	54
7	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	31
8	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	17
9	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	16
10	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	15,82	15,82	0,00	3,66	12,16	278,9
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	9,16	9,16	0,00	2,12	7,04	481,8

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-[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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	31,16	31,16	0,00	2,00	29,16	116,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,96	5,96	0,00	0,00	5,96	569,1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,07	1,07	0,00	0,00	1,07	3170,1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,34	0,34	0,00	0,00	0,34	9976,5
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,60	2,60	0,00	0,54	2,06	1646,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,72	8,72	0,00	0,00	8,72	389,0

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Palliative Care

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
8	Breast Care Nurse
9	Deeskalationstraining
10	Stroke Unit Care

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

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/augenklinik/ index_ger.html

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2700) Augenheilkunde

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie 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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2533
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	591
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	390
3	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	292
4	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	248
5	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	73
6	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	62
7	H43.1	Glaskörperblutung	58
8	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	49
9	H16.0	Ulcus corneae	46
10	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	45
11	H25.0	Cataracta senilis incipiens	40
12	H40.0	Glaukomverdacht	33
13	H47.2	Optikusatrophie	30
14	H27.0	Aphakie	29
15	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	27
16	H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	24
17	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	24
18	H02.1	Ektropium des Augenlides	23
19	H33.2	Seröse Netzhautablösung	22
20	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	22
21	H35.6	Netzhautblutung	19
22	H11.0	Pterygium	18
23	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	18
24	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	17
25	H02.3	Blepharochalasis	14
26	H40.9	Glaukom, nicht näher bezeichnet	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	13
28	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	11
29	H20.0	Akute und subakute Iridozyklitis	10
30	H04.3	Akute und nicht näher bezeichnete Entzündung der Tränenwege	10

B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25	Cataracta senilis	655
2	H40	Glaukom	539
3	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	393
4	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	283
5	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	84
6	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	69
7	H43	Affektionen des Glaskörpers	66
8	H16	Keratitis	52
9	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	52
10	H34	Netzhautgefäßverschluss	49

B-[10].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	758
2	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	374
3	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	322
4	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	250
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	165

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	147
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	132
8	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	129
9	5-158.43	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölimplantation	121
10	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölenfernung	117
11	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	107
12	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	107
13	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	97
14	5-160.3	Orbitotomie: Transkutaner anteriorer Zugang	75
15	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	73
16	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	68
17	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	66
18	5-156.1	Andere Operationen an der Retina: Retinektomie	62
19	5-093.2	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch horizontale Verkürzung des Augenlides	60
20	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	56
21	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	53
22	5-131.01	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Gedeckte Goniorepanation oder Trabekulektomie: Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung	52
23	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	51
24	5-158.13	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	48
25	5-142.1	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie, chirurgisch	44
26	5-158.44	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölwechsel/-auffüllung	44

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	5-137.4	Andere Operationen an der Iris: Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)	41
28	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	34
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	34
30	5-093.3	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Operation an den Lidretraktoren	34

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	832
2	5-144	Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	806
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	407
4	1-220	Messung des Augeninnendruckes	374
5	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	322
6	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	282
7	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	231
8	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	192
9	5-156	Andere Operationen an der Retina	145
10	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	121

B-[10].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
	Anpassung von Sehhilfen
	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	Laserchirurgie des Auges
	Ophthalmologische Rehabilitation
	Plastische Chirurgie
2	AUGENAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
	Anpassung von Sehhilfen
	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	Laserchirurgie des Auges
	Ophthalmologische Rehabilitation
	Plastische Chirurgie
3	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	1121
2	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	214
3	5-142	Kapsulotomie der Linse	139
4	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	86
5	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	78
6	5-129	Andere Operationen an der Kornea	6
7	5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	6
8	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	6
9	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	4
10	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	< 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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	12,42	12,42	0,00	3,05	9,37	270,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,83	5,83	0,00	1,43	4,40	575,7

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].11.1.1 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	19,67	19,67	0,00	1,50	18,17	139,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,69	1,69	0,00	0,00	1,69	1498,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,81	1,81	0,00	0,00	1,81	1399,5
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,66	1,66	0,00	0,00	1,66	1525,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,12	9,12	0,00	1,04	8,08	313,5

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Diplom
3	Intensiv- und Anästhesiepflege

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Schmerzmanagement
6	Palliative Care
7	Deeskalationstraining
8	Stroke Unit Care

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

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index GER.html

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2800) Neurologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

B-[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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	3759
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	488
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	380
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	219
4	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	131
5	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	108
6	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	91
7	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	75
8	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	72
9	R20.1	Hypästhesie der Haut	69
10	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	64
11	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	61
12	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	54
13	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	54
14	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	49
15	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	44
16	R42	Schwindel und Taumel	40
17	R51	Kopfschmerz	40

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	R55	Synkope und Kollaps	39
19	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	38
20	H81.2	Neuropathia vestibularis	34
21	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	32
22	E86	Volumenmangel	29
23	G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	28
24	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	28
25	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	28
26	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	27
27	R20.2	Parästhesie der Haut	26
28	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	25
29	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	23
30	G43.0	Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]	23

B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirnfarkt	1061
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	385
3	G40	Epilepsie	356
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	174
5	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	99
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	94
7	G62	Sonstige Polyneuropathien	68
8	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	67
9	I61	Intrazerebrale Blutung	65
10	G43	Migräne	60

B-[11].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2297
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1560
3	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1518
4	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	728
5	1-207.1	Elektroenzephalographie (EEG): Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	707
6	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	546
7	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	508
8	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	422
9	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	407
10	1-206	Neurographie	368
11	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	310
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	300
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	300
14	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	289
15	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	203
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	189
17	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	188
18	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	178
19	1-205	Elektromyographie (EMG)	156
20	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	151

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	77
22	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	74
23	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	71
24	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	55
25	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	51
26	8-83b.80	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Mikrodrahtretriever-System	49
27	1-902.1	Testpsychologische Diagnostik: Komplex	49
28	8-836.80	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	48
29	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	42
30	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	41

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2297
2	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	2232
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1560
4	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1236
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	1047
6	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	697
7	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	550

B-[11].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	Schmerztherapie
2	AMBULANZ FÜR MULTIPLE SKLEROSE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Therapieeinleitung und Überwachung
	Indikationsprüfung einer immunmodulatorischen Therapie
	Behandlung symptomatischer Beschwerden
	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>
3	BOTULINUMTOXIN-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

3	BOTULINUMTOXIN-AMBULANZ
	LEISTUNGEN:
	Behandlung von Hemispasmus, Blepharospasmus, fokalen Dystonien und Spastik der Extremitäten
	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
	<i>Auf Überweisung durch Neurologen und Nervenärzte: Ambulante Behandlung extrapyramidaler Erkrankungen mit Botulinus-Toxin unter EMG-Kontrolle.</i>
4	NEUROPHYSIOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Differentialdiagnostische Abgrenzung zu funktionellen Störungen
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
	<i>Auf Überweisung durch Nervenärzte und Neurologen: - Elektromyographische Untersuchungen mit Neurographie - Messung visuell, akustisch und/ oder somatosensibel evozierter Hirnpotentiale oder magnetisch evozierter Potentiale</i>
5	GEFÄßAMBULANZ NEUROLOGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	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>
6	ZENTRALE NOTAUFNAHME
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
	<i>Behandlung von Notfällen (24h)</i>
7	PARKINSON-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik, Differentialdiagnose und Therapieempfehlungen bei M. Parkinson, anderen Parkinson-Syndromen und anderen Bewegungsstörungen (Dystonien, Chorea, Ballismus u.a.)
	<i>Auf Überweisung durch Nervenärzte und Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.</i>

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

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

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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	28,04	28,04	0,00	3,28	24,76	151,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	10,41	10,41	0,00	1,22	9,19	409,0

Abkürzungen:

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

B-[11].11.1.1 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	41,17	41,17	0,00	1,27	39,90	94,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,34	1,34	0,00	0,00	1,34	2805,2
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,48	4,48	0,00	0,00	4,48	839,1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,72	0,72	0,00	0,00	0,72	5220,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,53	0,53	0,00	0,00	0,53	7092,5

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-[11].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	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung
7	Intermediate Care Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Diabetes
4	Ernährungsmanagement
5	Kinästhetik
6	Dekubitusmanagement
7	Deeskalationstraining
8	Stroke Unit Care

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

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/strahlentherapie/ index_ger.html

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3200) Nuklearmedizin
2	(3300) Strahlenheilkunde

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	781
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	112
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	110
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	82
4	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	50

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	45
6	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	23
7	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	20
8	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	19
9	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	18
10	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	18
11	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	15
12	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	15
13	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	12
14	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	12
15	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	11
16	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	10
17	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	10
18	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	10
19	C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	9
20	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	9
21	C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	8
22	C04.0	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens	8
23	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	8
24	C11.9	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, nicht näher bezeichnet	8
25	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	8
26	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	6
27	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	6
28	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	5
29	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	5
30	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	5

B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	173
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	110
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	99
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	82
5	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	48
6	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	30
7	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	26
8	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	24
9	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	19
10	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	18

B-[12].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

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	2504
2	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	1017
3	8-528.9	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan	247
4	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	147
5	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	98
6	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	95
7	8-542.31	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 1 Medikament	85
8	8-542.51	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	62

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-542.41	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 1 Medikament	49
10	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	47
11	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	47
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	46
13	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	38
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	36
15	8-542.32	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	25
16	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	24
17	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	21
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	20
19	8-522.b0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	20
20	8-528.8	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, ohne 3D-Plan	19
21	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	18
22	8-542.42	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	18
23	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	17
24	8-542.22	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	16
25	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	14
26	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	13

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	13
28	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	13
29	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	13
30	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	12

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	3576
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	471
3	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	267
4	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	147
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	129

B-[12].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

2	FACHBEREICH STRAHLENTHERAPIE
	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
	<i>Ambulante Strahlentherapie</i>

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

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

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

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

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	5,19	5,19	0,00	1,27	3,92	199,2
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,20	2,20	0,00	0,54	1,66	470,5

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-[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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,24	11,24	0,00	0,00	11,24	69,5
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,77	0,77	0,00	0,00	0,77	1014,3
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,63	1,63	0,00	0,03	1,60	488,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,19	1,19	0,00	1,19	0,00	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-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Diabetes
4	Kinästhetik
5	Palliative Care

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

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/hautklinik/ index_ger.html

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3400) Dermatologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
2	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
3	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von Allergien
5	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
6	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
7	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
12	Dermatochirurgie
13	Dermatohistologie
14	Dermatologische Lichttherapie
15	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
16	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
17	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
18	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
19	Operationen von Lidtumoren
20	Wundheilungsstörungen
21	Konservative und operative Therapie des Ulcus cruris
22	Diagnostik und Therapie der männlichen Genitalorgane
23	Ästhetische Dermatologie
24	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
25	Spezialsprechstunde <i>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Kindersprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Nagelsprechstunde, Onkosprechstunde</i>
26	Zentrale Notaufnahme <i>Behandlung von Nottfällen (24h)</i>
27	Hauttumorzentrum <i>Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Re-Zertifizierung 26.03.2019).</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2745
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	1010
2	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	108
3	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	100
4	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	78
5	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	75
6	A46	Erysipel [Wundrose]	69
7	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	60
8	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	58
9	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	53
10	L40.0	Psoriasis vulgaris	52
11	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	52
12	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	48
13	B02.9	Zoster ohne Komplikation	42
14	B86	Skabies	40
15	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	37
16	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	35
17	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	30
18	L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	24
19	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	22
20	L73.2	Hidradenitis suppurativa	20
21	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	20

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	C00.1	Bösartige Neubildung: Äußere Unterlippe	19
23	B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	19
24	L12.0	Bullöses Pemphigoid	18
25	L57.0	Aktinische Keratose	18
26	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	18
27	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	17
28	C00.0	Bösartige Neubildung: Äußere Oberlippe	16
29	D03.6	Melanoma in situ der oberen Extremität, einschließlich Schulter	15
30	L50.8	Sonstige Urtikaria	15

B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1430
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	281
3	D03	Melanoma in situ	82
4	L40	Psoriasis	80
5	B02	Zoster [Herpes zoster]	77
6	L30	Sonstige Dermatitis	72
7	A46	Erysipel [Wundrose]	69
8	D04	Carcinoma in situ der Haut	59
9	B86	Skabies	40
10	I83	Varizen der unteren Extremitäten	39

B-[13].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	1548
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	1214

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	8-191.x	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige	772
4	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	592
5	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	429
6	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	371
7	5-913.b4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Sonstige Teile Kopf	347
8	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	302
9	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	255
10	8-191.40	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Überknüpfpolsterverband, großflächig: Ohne Immobilisation durch Gipsverband	254
11	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	237
12	5-895.1a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	206
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	196
14	5-913.54	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	184
15	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	177
16	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	175
17	5-916.7a	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	168
18	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	163
19	5-919.0	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung: 3-5 Tumoren	148
20	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	148

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	5-913.ba	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Brustwand und Rücken	132
22	5-913.24	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	128
23	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	98
24	5-895.16	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Schulter und Axilla	91
25	5-895.1f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	91
26	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	89
27	5-916.7f	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	86
28	5-895.15	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hals	76
29	5-903.6a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	72
30	5-181.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision präaurikulär, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	70

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	2554
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2272
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1794
4	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	1369
5	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	1288
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	504
7	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	473
8	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	433

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	352
10	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	323

B-[13].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	27
2	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	9
3	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	4
4	5-097	Blepharoplastik	< 4
5	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	< 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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	13,47	13,47	0,00	2,44	11,03	248,9
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,44	5,44	0,00	0,99	4,45	616,9

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-[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 Tumortherapie <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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	20,99	20,99	0,00	0,54	20,45	134,2
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,27	0,27	0,00	0,00	0,27	10166,7
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,16	2,16	0,00	0,00	2,16	1270,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,13	5,13	0,00	2,00	3,13	877,0

Abkürzungen:

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

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

ANERKANNTA FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Pflege im Operationsdienst
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
5	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Ernährungsmanagement
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement
5	Wundmanagement
6	Palliative Care
7	Deeskalationstraining

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

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/mund_kiefer_und_plastische_gesichtschirurgie/index_ger.html

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Robert Andreas Mischkowski, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3700
Fax:	0621 503 3709
E-Mail:	mkpg@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/mund_kiefer_und_plastische_gesichtschirurgie/index_ger.html

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von 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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1128
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	81
2	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	75
3	K10.28	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer	52
4	K02.1	Karies des Dentins	46
5	K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	43
6	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	39
7	S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile	38
8	S02.2	Nasenbeinfraktur	36
9	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	32
10	K05.3	Chronische Parodontitis	28
11	S06.0	Gehirnerschütterung	26
12	K04.8	Radikuläre Zyste	25
13	S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae	24
14	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	21
15	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	21
16	K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	21
17	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	21
18	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	19
19	S02.69	Unterkieferfraktur: Mehrere Teile	18
20	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	18
21	K01.0	Retinierte Zähne	16
22	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	16
23	K04.7	Periapikaler Abszess ohne Fistel	14
24	K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	14
25	K02.5	Karies mit freiliegender Pulpa	13
26	K09.0	Entwicklungsbedingte odontogene Zysten	13
27	K08.3	Verbliebene Zahnwurzel	13
28	S01.51	Offene Wunde: Lippe	9

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	K02.9	Zahnkaries, nicht näher bezeichnet	9
30	K12.20	Mund- (Boden-) Phlegmone	9

B-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	269
2	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	124
3	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	90
4	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	77
5	K02	Zahnkaries	75
6	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	58
7	K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	30
8	S06	Intrakranielle Verletzung	30
9	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	27
10	S01	Offene Wunde des Kopfes	27

B-[14].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	252
2	5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	160
3	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	128
4	5-769.2	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	103
5	5-240.2	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes: Osteotomie des Alveolarkammes [Alveolotomie]	98
6	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	74

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	65
8	5-230.1	Zahnextraktion: Mehrwurzeliger Zahn	62
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	56
10	5-766.3	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, von außen	54
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	50
12	5-770.5	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)	49
13	5-230.0	Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn	46
14	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	46
15	5-230.5	Zahnextraktion: Sämtliche Zähne	46
16	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	45
17	5-770.7	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	44
18	5-231.23	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagerter (impakterter) Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	42
19	5-270.5	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär	41
20	5-279.0	Andere Operationen am Mund: Operative Blutstillung	41
21	1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt	40
22	8-925.00	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit Stimulationselektroden	40
23	5-77b.0	Knochen transplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen: Transplantation von Spongiosa, autogen	40
24	5-984	Mikrochirurgische Technik	40
25	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	36
26	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	36
27	5-057.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Hirnnerven extrakraniell	35
28	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	35
29	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	34

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	5-760.23	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	34

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-230	Zahnextraktion	356
2	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	277
3	5-241	Gingivaplastik	273
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	236
5	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	147
6	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	139
7	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	110
8	5-240	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes	98
9	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	86

B-[14].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Akute und sekundäre Traumatologie
	Dentale Implantologie
	Dentoalveoläre Chirurgie
	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
	Endodontie
	Epithetik
	Kraniofaziale Chirurgie

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	51
2	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	24
3	5-241	Gingivaplastik	14
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	9
5	5-240	Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes	< 4
6	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	< 4
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
8	5-242	Andere Operationen am Zahnfleisch	< 4
9	5-245	Zahnfreilegung	< 4
10	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	< 4

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

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

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	9,17	9,17	0,00	1,59	7,58	148,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,33	4,33	0,00	0,75	3,58	315,1

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-[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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,94	9,94	0,00	1,90	8,04	140,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,48	0,48	0,00	0,00	0,48	2350,0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,33	0,33	0,00	0,00	0,33	3418,2
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,23	0,23	0,00	0,00	0,23	4904,4
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,41	0,41	0,00	0,00	0,41	2751,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,37	1,37	0,00	0,00	1,37	823,4

Abkürzungen:

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Schmerzmanagement
6	Palliative Care
7	Breast Care Nurse
8	Deeskalationstraining

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
9	Stroke Unit Care

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

Angabe entfällt

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

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

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3600) Intensivmedizin
2	(3618) Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Wolfgang Zink, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3000
Fax:	0621 503 3024
E-Mail:	anaesthesie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/anaesthesiologie_und_operative_intensivmedizin/index_ger.html

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	134
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar/Erläuterung:	Patienten werden i.d.R. von der Intensivstation in andere Fachabteilungen verlegt. Die genannte Fallzahl entspricht den Patienten, welche direkt von der Operativen Intensivstation entlassen worden sind.

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	5
2	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	4
3	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
4	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
6	K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	< 4
7	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	< 4
8	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	< 4
9	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	< 4
10	R57.2	Septischer Schock	< 4
11	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
12	J94.2	Hämatothorax	< 4
13	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	< 4
14	K26.2	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung und Perforation	< 4
15	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	< 4
16	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
17	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	< 4
18	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	< 4
19	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	< 4
20	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	< 4
21	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
22	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
23	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	< 4
24	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	< 4
25	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	< 4
26	K85.21	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	< 4
27	I49.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien	< 4
28	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	< 4
29	T79.61	Traumatische Muskelschämie des Oberschenkels und der Hüfte	< 4
30	K85.01	Idiopathische akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	< 4

B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	10
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	8
3	I63	Hirnfarkt	7
4	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	6
5	I50	Herzinsuffizienz	4
6	A41	Sonstige Sepsis	4
7	R57	Schock, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
8	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	< 4
9	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
10	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	< 4

B-[15].6.2 Kompetenzdiagnosen

Keine Angabe

B-[15].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	219
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	218
3	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	177
4	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	154
5	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	146
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	138
7	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	118
8	8-701	Einfache endotracheale Intubation	109

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	63
10	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	62
11	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	59
12	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	51
13	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	39
14	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	32
15	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	29
16	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	26
17	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	25
18	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	25
19	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	25
20	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	24
21	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	24
22	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	22
23	5-541.3	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Second-look-Laparotomie (programmierte Relaparotomie)	21
24	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	21
25	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	21
26	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	18
27	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	16
29	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	16
30	8-836.7c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße Unterschenkel	16

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	325
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	271
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	224
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	219
5	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	199
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	138
7	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	130
8	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	115
9	8-854	Hämodialyse	68

B-[15].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	56,42	56,42	0,00	1,32	55,10	2,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	41,44	41,44	0,00	0,97	40,47	3,3

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-[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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	68,97	68,97	0,00	1,80	67,17	2,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,28	6,28	0,00	0,00	6,28	21,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,36	1,36	0,00	0,00	1,36	98,5

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

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

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/ physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. Henry Kohler, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3650
Fax:	0621 503 3660
E-Mail:	kohlerh@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/ physikalische_und_rehabilitative_medizin/index_ger.html
Monique Zabel, Leitende Therapeutin	
Name/Funktion:	Monique Zabel, Leitende Therapeutin
Telefon:	0621 503 3658
Fax:	0621 503 3654
E-Mail:	zabelm@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen

URL:

https://www.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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
2	Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
3	Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
4	Therapie von Verletzungen des Handgelenks und der Hand
5	Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarms
6	Therapie von Verletzungen des Halses
7	Therapie von sonstigen Verletzungen
8	Therapie von Verletzungen des Thorax
9	Therapie von Verletzungen des Kopfes
10	Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
11	Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms
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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-650	Elektrotherapie	84

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES ÄRZTLICHEN LEITERS
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:

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

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

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

B-[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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	1,23	1,23	0,00	0,00	1,23	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,23	1,23	0,00	0,00	1,23	0,0

Abkürzungen:

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

B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

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	0,87	0,87	0,00	0,00	0,87	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].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

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

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Günter Layer, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4500
Fax:	0621 503 4590
E-Mail:	radiologie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/radiologie/index_ger.html

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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, Shuntzentrum, Zentrum für Autoimmunerkrankungen.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	9209
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	6166
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	6110
4	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	4879
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	4803
6	3-202	Native Computertomographie des Thorax	3658
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2416
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	2373
9	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	1478
10	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1268
11	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	986
12	3-206	Native Computertomographie des Beckens	852
13	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	796
14	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	674

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	572
16	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	554
17	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	539
18	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	512
19	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	469
20	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	414
21	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	401
22	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	365
23	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	364
24	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	234
25	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	229
26	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	225
27	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	200
28	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	198
29	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	196
30	3-843.0	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	170

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	9209
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	6166
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	6110
4	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	4879
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	4803
6	3-202	Native Computertomographie des Thorax	3658
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2416
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	2373

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1268
10	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	986

B-[17].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Arteriographie
	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	Computertomographie (CT), nativ
	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	Interventionelle Radiologie
	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	Konventionelle Röntgenaufnahmen
	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	Neuroradiologie
	Phlebographie
	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	Quantitative Bestimmung von Parametern
	Tumorembolisation
2	RHEUMAAMBULANZ
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<i>Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.</i>
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:

3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.</i>
4	BRUSTSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Tomosynthese
	Stereotaktische Biopsie
	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	<i>Vakuumstanzbiopsie</i>
5	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Notfalldiagnostik</i>

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

In dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie werden keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt.

B-[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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	19,59	19,59	0,00	3,46	16,13	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	9,93	9,93	0,00	1,75	8,18	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	6,78	6,78	0,00	0,55	6,23	0,0

Abkürzungen:

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

B-[17].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

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-[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:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/index_ger.html

B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Mindaugas Andrulis, Chefarzt
Telefon:	0621 503 4300
Fax:	0621 503 4330
E-Mail:	pathologie@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/pathologie/index_ger.html

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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 Nierenerkrankungen
8	Diagnostik von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
9	Diagnostik von Krankheiten des Peritoneums
10	Diagnostik von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
11	Diagnostik von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	Diagnostik von Krankheiten der Pleura
13	Diagnostik von rheumatologischen Erkrankungen
14	Diagnostik von 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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

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

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

B-[18].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	FACHBEREICH PATHOLOGIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	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].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Angabe entfällt

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

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

B-[18].11 Personelle Ausstattung

B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	7,59	7,51	0,08	2,47	5,12	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,41	3,34	0,07	1,10	2,31	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-[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.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

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].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

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-[19] Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

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

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

B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[19].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Matthias F. Bauer, Chefarzt
Telefon:	0621 503 3500
Fax:	0621 503 3520
E-Mail:	BauerMat@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/labordiagnostik/index GER.html

B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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, Schnelltest: Influenza A/B, RSV</i></p>
3	<p>Harn- und Stuhluntersuchungen</p> <p><i>Blut im Stuhl, 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</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 & Reinigung - Mikro. Überprüfung Arzneimittel, Umgebungsuntersuchungen z.B. Wasser oder Luft, etc.</i></p>
14	<p>Transfusionsmedizin</p> <p><i>Die immunhämatologische Labordiagnostik und Bereitstellung von Blutkonserven für die Transfusion in den Kliniken und Ambulanzen erfolgt im ILHT.</i></p>
15	Präparative Stammzellapheresen (autolog)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
16	Hämatologie <i>Die Bestimmung von Blutbildern, Differentialblutbildern und durchflusszytometischer Diagnostik aus Blut, Knochenmark und Punktionen 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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Angabe entfällt

Die Blutkonzentrate werden vom Institut zur Verfügung gestellt und regelhaft von den klinischen Abteilungen bzw. Ambulanzen transfundiert oder verabreicht.

B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	Hämatologie
	Liquor-Diagnostik
	Harn- und Stuhluntersuchungen
	Diagnostik von Gerinnungsstörungen
	Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie"
	Spezialsprechstunden (Humangenetische Beratung, Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels)
	Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten
	Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen
	Transfusionsmedizin
	Präparative Stammzellapheresen
	Autoimmundiagnostik
	Point of Care Testing

1	PRIVATÄRZTLICHE AMBULANZ DES CHEFARZTES
	Hormonbestimmungen
	Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten
	Toxikologie
	Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
	Medikamentenspiegelbestimmungen
2	FACHBEREICH LABORATORIUMS- UND TRANSFUSIONSMEDIZIN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	Diagnostik von Gerinnungsstörungen
	Peritransfusionelle Labordiagnostik, Immunhämatologie
	<i>Gerinnungsambulanz</i>
3	AMBULANZ FÜR MITOCHONDRIALE MEDIZIN UND STÖRUNGEN DES ENERGIESTOFFWECHSELS
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	Diagnostische und therapeutische Beratung von Patienten, behandelnden Ärzten und Angehörigen

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

In dem Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin keine ambulanten Operationen nach §115b SGB V durchgeführt.

B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[19].11 Personelle Ausstattung

B-[19].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	8,37	8,37	0,00	1,83	6,54	0,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte 5,07 5,07 0,00 1,14 3,93 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.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,32	1,32	0,00	0,00	1,32	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	12,16	12,16	0,00	1,06	11,10	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].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Angabe entfällt

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-[20] Apotheke

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Apotheke
Straße:	Bremserstr.
Hausnummer:	79
PLZ:	67063
Ort:	Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/ index_ger.html

B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[20].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. rer. nat. Norbert Marxer, Chefapotheker
Telefon:	0621 503 3030
Fax:	0621 503 3033
E-Mail:	apotheke@klilu.de
Adresse:	Bremserstr. 79
PLZ/Ort:	67063 Ludwigshafen
URL:	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/ kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/apotheke/ index_ger.html

B-[20].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

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

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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Angabe entfällt

B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Angabe entfällt

B-[20].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Angabe entfällt

B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Angabe entfällt

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)	1,00
Fachapotheker(in)	2,25
Apotheker(in)	2,46
Pharmazeutisch-Kaufm. Assistent(in)	4,40

Personengruppe	VK
Pharmazeutisch-Techn. Assistent(in)	5,23
Praktikant(in)	1,92
Auszubildende(r) (PKA)	0,84
Hilfskraft	1,00
Sachbearbeiter(in)	0,52
Gesamt	19,61

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	250	100
2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	67	100
3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	43	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	81	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	43	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	49	100
7	Karotis-Revaskularisation (10/2)	173	100
8	Gynäkologische Operationen (15/1)	359	100
9	Geburtshilfe (16/1)	510	100
10	Mammachirurgie (18/1)	289	100
11	Dekubitusprophylaxe (DEK)	570	100
12	Herzchirurgie (HCH)	794	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
13	Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplant (HCH_AORT_KATH_	280	100
14	Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplant (HCH_AORT_KATH_	5	100
15	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	313	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	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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

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	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,06 %

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

4 Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

Ergebnis-ID	52139
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 85,7 % - 92,47 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 60,00$ %

Vertrauensbereich 88,63 % - 89,04 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 283

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 316

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 Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
Ergebnis-ID	52305
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,32 % - 95,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,37 % - 95,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	840
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	893
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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0,62 % - 4,04 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 3,00 %	
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,74 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	4	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	250	
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	
7	Leitlinienkonforme Systemwahl	
Ergebnis-ID	54140	
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 97,64 % - 99,93 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 90,00 \%$

Vertrauensbereich 98,5 % - 98,68 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 235

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 236

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

8

Systeme 1. Wahl

Ergebnis-ID 54141

Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,72 % - 99,34 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,67 % - 96,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	232
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	236

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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 1,6 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	236

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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,59 % - 1,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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
11	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,45 % - 2,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,86 % - 0,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	50
Erwartete Ereignisse	26,71
Grundgesamtheit	244
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

12 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Ergebnis-ID	101801
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,62 % - 4,04 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,60 %
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	250
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 Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	
Ergebnis-ID	101802
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	20,59 % - 31,35 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	56,14 % - 56,85 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	64
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	250

14	Leitlinienkonforme Indikation
Ergebnis-ID	101803
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	90,34 % - 96,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,37 % - 93,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	235
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	250
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

15	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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,6 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,09 % - 98,29 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	271
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	271
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

16	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,42 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,30 %
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	67
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

17 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
Ergebnis-ID	51404
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>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,75 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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

18 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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 10,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,64 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
19 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 8,2 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 3,10 %	
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,2 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	43	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	
20	Leitlinienkonforme Systemwahl	
Ergebnis-ID	50005	
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 91,44 % - 99,32 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 90,00 \%$

Vertrauensbereich 96,91 % - 97,35 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 79

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 81

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

21

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	87,98 % - 98,06 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	89,35 % - 90,15 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	77	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	81	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
22	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
Ergebnis-ID	51186	
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,71 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,12 %

FALLZAHL

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

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

23 Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	
Ergebnis-ID	52131
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,91 % - 99,15 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	91,33 % - 91,94 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	117
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	120
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
24 Akzeptable 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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	87,31 % - 93,48 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	96,14 % - 96,41 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	308	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	339	
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	
25	Sondendislokation oder -dysfunktion	
Ergebnis-ID	52325	
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,03 %

FALLZAHL

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

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

26

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt

Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,76 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,89 %

FALLZAHL

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

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

27	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Ergebnis-ID	131802	
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 2,50 %	
Vertrauensbereich	0,77 % - 1,02 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Nach der hausinternen Analyse wurde der Prozessablauf optimiert, die dazugehörigen OP-Standards überarbeitet und die in diesem Bereich eingesetzten Mitarbeiter*innen bzgl der Änderungen geschult.	

28	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	
	Ergebnis-ID	131803
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	31,21 % - 52,71 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	57,74 % - 59,07 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	32
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	77
29	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	
	Ergebnis-ID	52321
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	94,11 % - 98,45 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,87 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	255	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	263	
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	
30	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Ergebnis-ID	141800	
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 8,2 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 3,80 %

Vertrauensbereich 0,21 % - 0,44 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 43

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

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

Ergebnis-ID 51196

Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 1,84 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 3,37 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 1,32 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>1,93</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>49</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>

32 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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,37 % - 0,74 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Nach der hausinternen Analyse wurde der Prozessablauf optimiert, die dazugehörigen OP-Standards überarbeitet und die in diesem Bereich eingesetzten Mitarbeiter*innen bzgl der Änderungen geschult.

33 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Ergebnis-ID	151800
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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,90 %
Vertrauensbereich	1,26 % - 1,8 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34 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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
--------------------------	--

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	93,24 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,9 % - 99,22 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	53
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	53

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

35 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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	94,65 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,57 % - 99,8 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	68
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

36	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
Ergebnis-ID	605
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>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	1,09 % - 1,49 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
37	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	

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,8 % - 4,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

38	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch
Ergebnis-ID	11704
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>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,62 % - 3,27 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 3,14 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,95 % - 1,12 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>5</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>3,46</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>129</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>

39		Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	
Ergebnis-ID		11724	
Leistungsbereich		Karotis-Revaskularisation	
Art des Wertes		TKez	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Ergebnis (Einheit)		—	
Vertrauensbereich		—	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt		-1	
Vertrauensbereich		0,85 % - 1,05 %	
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)	
Grundgesamtheit		(Datenschutz)	
40		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	

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	82,41 % - 100 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	97,83 % - 98,76 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	18	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	18	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
41	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	

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,5 % - 99,36 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
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

42	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>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,41 % - 2,5 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14

43	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	
Ergebnis-ID	51448	
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>	

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,89 % - 5,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

44	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
----	--

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,51 % - 3,21 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

45	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51860
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,77 % - 4,33 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
46	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen 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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 15,44 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Vertrauensbereich 0,95 % - 1,27 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,21

Grundgesamtheit 24

47

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

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 6,19 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,17 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,54
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

48	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
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	5,74 % - 14,41 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	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
49	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	
	Ergebnis-ID	161800
	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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,00 %
	Vertrauensbereich	2,3 % - 4,94 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
50	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	
	Ergebnis-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	89,24 % - 97,93 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 75,00 % (5. Perzentil)	
Vertrauensbereich	88,06 % - 88,69 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	99	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	104	
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	
51	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	
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	

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 12,46 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Vertrauensbereich	7,45 % - 8,27 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	27

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

52

Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 5,42 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 5,00 %	
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,04 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	67	
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	
53	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	

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %

FALLZAHL

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

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

54 Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	
Ergebnis-ID	52283
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,13 % - 5,24 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,15 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,71 % - 2,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	245
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
55 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	
Ergebnis-ID	60683
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	10,15 % - 12,6 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

56	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund
Ergebnis-ID	60684
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,39 % - 14,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
57	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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	1 % - 1,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	118
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

58	Beidseitige Ovariectomie 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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	11,5 % - 43,43 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 45,00 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	18,95 % - 20,25 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	25
	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
59	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,99 % - 97,4 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Es handelt sich um eine Geburtsklinik. Diese Fälle waren Notfälle, die umgehend entbunden werden mussten, da eine intrauterine Verlegung nicht mehr möglich war. Der Zeitpunkt der Geburt lag jnur kurz vor dem Eintreffen des Kindernotarztes im Kreissaal.
---	--

60

Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
61	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	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,05 % - 97,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	
	Ergebnis-ID	1058
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,44 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

63 Perioperative Antibiotikaprofylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	97,71 % - 100 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	99,05 % - 99,12 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	164	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	164	
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	
64	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	

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit) —

Vertrauensbereich —

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Vertrauensbereich 0,96 % - 1,06 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse (Datenschutz)

Erwartete Ereignisse (Datenschutz)

Grundgesamtheit (Datenschutz)

65

Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Ergebnis-ID 51803

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>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,38 % - 2,51 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 2,32</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,03 % - 1,09 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>4</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>4,07</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>491</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>

66		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	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>		
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Vertrauensbereich	0 % - 53,58 %		
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt	-1		
Referenzbereich	≤ 4,69 (95. Perzentil)		
Vertrauensbereich	0,86 % - 1,07 %		
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse	0		
Erwartete Ereignisse	0,06		
Grundgesamtheit	16		
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich		
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert		
67		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	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,18 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	164
Erwartete Ereignisse	157,44
Grundgesamtheit	510
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
68	Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten
Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,35 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,82 % - 0,96 %

FALLZAHL

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

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

69 Primäre Axilladisektion 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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 14,31 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	23
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
70 Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	
Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 17,59 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 6,33 % (80. Perzentil)	
Vertrauensbereich	4,35 % - 5,48 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	18	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
71	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	
Ergebnis-ID	51370	
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 13,55 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,16 % - 3,46 %

FALLZAHL

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

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

72

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	97,71 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,78 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	164
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	164

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

73

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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,64 % - 99,76 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,74 % - 97,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	72
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	73
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

74	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	<p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	11,1 % - 23,61 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,71 % - 13,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	134
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,68 % - 98,94 %
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	↻ unverändert

76 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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,33 % - 99,54 %

FALLZAHL

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

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

77 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

Ergebnis-ID	211800
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,77 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,65 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	98,93 % - 99,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	115
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
78	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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	226
	Erwartete Ereignisse	126,04
	Grundgesamtheit	39708
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
79	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	
	Ergebnis-ID	52010
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	Sentinel Event	
Vertrauensbereich	0 % - 0,01 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
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	↻ unverändert	
80	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	
	Ergebnis-ID	52326
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,35 % - 0,48 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	162
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	39708

81	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	
Ergebnis-ID	521801	
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>	

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,12 % - 0,2 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	39708

82	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,7 % - 99,82 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	311
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	313

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

83	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	97,65 % - 99,82 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,59 % - 98,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	304
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	306

84	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,92 % - 97,62 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7

85

Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,46 % - 97,35 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,17 % - 95,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	276
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	289
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

86	Frühmobilisation nach Aufnahme
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,53 % - 96,97 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	94,11 % - 94,37 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	149
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	158
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

87	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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,43 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,94 % - 96,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	241
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	241
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

88	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	
	Ergebnis-ID	2036
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	98,43 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,51 % - 98,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	241
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	241
89	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	
	Ergebnis-ID	50722
	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>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	95,75 % - 99,09 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	297	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	303	
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	
90	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
Ergebnis-ID	50778	
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0,86 % - 1,86 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	18,1
Grundgesamtheit	295

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

91

Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>8,7 % - 15,87 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>12,76 % - 13,02 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>37</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>313</p>

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

- Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Ja

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

	DMP
1	<p>Asthma bronchiale</p> <p><i>Der Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V wurde zwischen dem Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH und der BKK-Landesverband Mitte, IKK Südwest, Knappschaft Bochum, SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse sowie den Ersatzkassen in RLP (Barmer GEK, TK, DAK-Gesundheit, KKH, HEK, hkk) geschlossen und regelt die indikationsgesteuerte u. systematische Koordination der Behandlung der Patienten mit Asthma bronchiale sowie die stationäre Versorgung.</i></p>
2	<p>Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</p> <p><i>Die Vereinbarung im Rahmen d. Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V wurde zw. den Krankenhäusern in RLP und der AOK RLP/Saarland geschlossen u. regelt die stat. Versorgung von Patienten mit COPD mit dem Ziel, abhängig von Alter u. Begleiterkrankungen, der Vermeidung/Reduktion von akuten u. chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen u. der raschen Progredienz der Erkrankung, der Reduktion der COPD-bedingten Letalität und der adäquaten Behandlung der Komorbiditäten.</i></p>

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

LEISTUNGSBEREICH:	Klinik für Anästhesiologie 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:	https://www.reanimationsregister.de/
LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	ALKK-Koronarangiographie und PCI-Register (verschiedene Indikatoren)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k.A.
LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik B
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	GREAT- Deutsches Register zur renalen Denervation (Komplikationen und Blutdrucksenkung im Langzeitverlauf)
Ergebnis:	k. A.
Messzeitraum:	offen
Datenerhebung:	gem. Protokoll
Rechenregeln:	multivariate Analyse
Referenzbereiche:	entfallen, da Register
Vergleichswerte:	entfallen, da Register
Quellenangabe:	k. A.
LEISTUNGSBEREICH:	Medizinische Klinik C

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

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme am HAND-KISS, ITS-KISS, STATIONS-KISS, OP-KISS
Ergebnis:	KISS-Zertifikat
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Module unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Rechenregeln:	Module unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Referenzbereiche:	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Vergleichswerte:	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Quellenangabe:	https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme an externen Qualitätskontrollen nach RiliBÄK 2019 für alle Bereiche des ILHT.
Ergebnis:	Deutschlandweiter Benchmark
Messzeitraum:	mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2019 und DIN EN ISO 22870:2016 sowie DIN EN ISO 15189:2014
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Benchmark mit Referenzhäusern und Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK 2019 und DIN-Normen
Quellenangabe:	www.instandev.de, www.rfb.bio, DIN EN ISO 22870:2016 und RiliBÄK 2019

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Akkreditierung klinische Chemie, Molekulare Diagnostik, Mikrobiologie, Serologie, Transfusionsmedizin POCT
Ergebnis:	Erfolgreiche Akkreditierung Januar/Februar 2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Gemäß DIN EN ISO 15189:2014 und DIN EN ISO 22870:2016
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Benchmark mit akkreditierten Referenzhäusern und Referenzlaboratorien
Quellenangabe:	DIN EN ISO 15189:2014, DIN EN ISO 22870:2016

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Referenzlaboratorium für die Firmen Bio-Rad und Thermo-Fisher
Ergebnis:	Zertifikat
Messzeitraum:	kontinuierlich gemäß RiliBÄK 2019
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	www.bio-rad.com, www.thermofisher.com und RiliBÄK 2019

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Laborvergleiche in der Serologie und Stuhldiagnostik
Ergebnis:	Zertifikat
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	nach DIN EN ISO 15189:2014, nach ESfEQA
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Benchmark mit anderen Laboratorien
Quellenangabe:	DIN EN ISO 15189:2014, www.Esfqa.eu

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
--------------------------	--

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Überwachung durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI)
Ergebnis:	Betriebserlaubnis für Stammzellen, Knochenbank und Führen eines Blutdepots
Messzeitraum:	kontinuierlich, externe Begehung durch das PEI
Datenerhebung:	nach AMG, Richtlinie Hämotherapie, GMP

Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Paul-Ehrlich-Institut, AMG, Richtlinie Hämotherapie
LEISTUNGSBEREICH:	
Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Externe Qualitätssicherung bei der ECAT-Foundation in der Gerinnung und Immunologie
Ergebnis:	Zertifikat
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	internationaler Benchmark mit Laboratorien
Quellenangabe:	ECAT-Foundation (www.ecat.nl)
LEISTUNGSBEREICH:	
Zentralinstitut für Interventionelle Radiologie	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Bundesweites Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Ergebnis:	Zertifizierung nach den Kriterien der DeGIR
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Rechenregeln:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Referenzbereiche:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Vergleichswerte:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
Quellenangabe:	Qualitätsstandards unter: https://www.degir.de/de-DE/4802/qs-in-der-ir/
LEISTUNGSBEREICH:	
Institut für Pathologie	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen: Immunhistochemie (HER-2/neu), Proliferation (Ki-67), Progesteronrezeptor, Östrogenrezeptor und weitere.
Ergebnis:	Erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen laut Vorgaben der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	

Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Ringversuche der Qualitätssicherungs-Initiative "QuIP" der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen zur diagnostischen Immunhistochemie und Molekularpathologie (http://www.quip-ringversuche.de/cqi/surveys)

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

LEISTUNGSBEREICH:	Institut für Pathologie / Wöchentliche Sitzungen des Senologischen Arbeitskreises
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Abklärungswürdiger Befund
Ergebnis:	Kategorisierung nach B-Klassifikation (B1-B5)
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html) AWMF-Register-Nummer: 032-0450L

LEISTUNGSBEREICH:	Apotheke
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Qualitätsindikatoren lt. Anforderungen bei Ringversuchen des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen.
Ergebnis:	Ergebnisse der Ringversuche
Messzeitraum:	Jährlich
Datenerhebung:	Anforderungskatalog
Rechenregeln:	Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	Anforderungskatalog
Quellenangabe:	www.zentrallabor.com

LEISTUNGSBEREICH:	Apotheke
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an die Apotheke nach den Kriterien der LAK RLP und nach DIN EN ISO 9001:2008
Ergebnis:	Re-Zertifizierung Oktober 2017
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Anforderungskatalog
Rechenregeln:	Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

LEISTUNGSBEREICH:	Apotheke
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Antibiotikaverbrauchs-Surveillance-Projekt ADKA-if-RKI
Ergebnis:	(Antibiotikaverbrauchsdaten des Klinikums und seiner Abteilungen sowie Benchmarkdaten)
Messzeitraum:	Jährlich
Datenerhebung:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Rechenregeln:	Siehe www.antiinfektiva-surveillance.de
Referenzbereiche:	Antibiotika-RDD und -DDD
Vergleichswerte:	ADKA-if-RKI Antiinfektiva-Surveillance: 9. Krankenhausvergleichsreport
Quellenangabe:	www.antiinfektiva-surveillance.de

LEISTUNGSBEREICH:	Gesamthaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Stationäre Behandlungseinrichtung für Pat. mit Typ 1 u. Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG. Erfüllung der fachlichen Anforderungen gem. den Kriterien d. Deutschen Diabetesgesellschaft.
Ergebnis:	Zertifizierung 07.12.2017
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html
Quellenangabe:	https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung.html

LEISTUNGSBEREICH:	Gesamthaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifikat "Aktion Saubere Hände" in Silber
Ergebnis:	21.02.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich

Datenerhebung:	gem. Kriterien ASH
Rechenregeln:	gem. Kriterien ASH
Referenzbereiche:	gem. Kriterien ASH
Vergleichswerte:	https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/
Quellenangabe:	https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/
LEISTUNGSBEREICH:	Brustzentrum Ludwigshafen (Frauenklinik)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Brustzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 20.03.2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
LEISTUNGSBEREICH:	Darmzentrum Rheinpfalz (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Darmzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
LEISTUNGSBEREICH:	Hauttumorzentrum Rheinpfalz (Hautklinik)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Hauttumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm

Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/hauttumorzentren.htm

LEISTUNGSBEREICH:	Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen (HNO-Klinik und Klinik für MKPG)
--------------------------	---

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Kopf-Hals-Tumorzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm

LEISTUNGSBEREICH:	Magenzentrum (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
--------------------------	---

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Magenzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 30.04.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de

LEISTUNGSBEREICH:	Onkologisches Zentrum Ludwigshafen (Medizinische Klinik A)
--------------------------	---

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Onkologische Zentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 30/31.03.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich

Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/onkologische_zentren.htm

LEISTUNGSBEREICH:	Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz (Medizinische Klinik C und Chirurgische Klinik A)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Pankreaskarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung am 26.03.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/viszeral/

LEISTUNGSBEREICH:	Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz (Urologische Klinik)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Prostatakarzinomzentrum nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 19.06.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Vergleichswerte:	http://www.onkozert.de/
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm

LEISTUNGSBEREICH:	Chest Pain Unit (CPU, Medizinische Klinik B)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an die Chest Pain Unit nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) für Chest Pain Units
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 03.04.2018

Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://dgk.org/
Quellenangabe:	https://dgk.org/
LEISTUNGSBEREICH: Heart Failure Unit Zentrum (HFU, Medizinische Klinik B)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Heart Failure Unit Zentrum nach den Kriterien der Dt. Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Dt. Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)
Ergebnis:	Zertifizierung 10.02.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://dgk.org/ , https://www.dgthg.de/
Quellenangabe:	https://dgk.org/ , https://www.dgthg.de/
LEISTUNGSBEREICH: Gefäßzentrum (Chirurgische Klinik B)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Gefäßzentrum nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 16.11.2020
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	http://www.gefaesschirurgie.de/
Quellenangabe:	http://www.gefaesschirurgie.de/
LEISTUNGSBEREICH: Kontinenz- und Beckenbodenzentrum (Urologische Klinik, Frauenklinik, Chirurgische Klinik A, Medizinische Klinik C, Physiotherapie (IPRM), Neurologie, Radiologie)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum nach den Kriterien der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 29.06.2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog

Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html
Quellenangabe:	http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Startseite.2.0.html
LEISTUNGSBEREICH: Neuromuskuläres Zentrum (Klinik für Neurologie)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an ein Neuromuskuläres Zentrum nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM)
Ergebnis:	Zertifizierung im April 2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren
Quellenangabe:	https://www.dgm.org/landesverband/bremenniedersachsen/neuromuskulaere-zentren
LEISTUNGSBEREICH: Shunt-Referenzzentrum (Medizinische Klinik A, Chirurgische Klinik B, Radiologie)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Fachliche Anforderungen an das Shunt-Referenzzentrum nach den Kriterien verschiedener Fachgesellschaften: DGA, DGfN, DeGIR, DRG u. DGG
Ergebnis:	Zertifizierung 09.10.2018
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte:	www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/
Quellenangabe:	www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/
LEISTUNGSBEREICH: Überregionale Stroke Unit (Klinik für Neurologie)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifizierung eines QM-Systems für eine überregionale Stroke Unit mit 14 Betten nach den Anforderungen der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.
Ergebnis:	Re-Zertifizierung Juli 2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln:	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche:	gem. Anforderungskatalog

Vergleichswerte:	http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html
Quellenangabe:	http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html

LEISTUNGSBEREICH:	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Nach den Anforderungskriterien der DIN EN ISO 13485:2016
Ergebnis:	Re-Zertifizierung 26.08.2019
Messzeitraum:	kontinuierlich
Datenerhebung:	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Rechenregeln:	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Referenzbereiche:	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

LEISTUNGSBEREICH:	Intensivstationen (Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Klinik B)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Zertifizierung der Intensivstationen nach den Anforderungen der Pflege e.V. "Angehörige jederzeit willkommen" (ein erster Schritt zur 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:	http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/
Quellenangabe:	http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Erbrachte Menge:	21
Begründung:	
Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	36
Begründung:	

Bezeichnung:	Stammzelltransplantation
Erbrachte Menge:	14
Begründung:	MM04: Entscheidung der Landesbehörde gemäß § 136b Absatz 5 SGB V wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung
Erläuterungen:	Die Landesbehörde hat den Versorgungsauftrag für den Schwerpunkt "hämatopoetische Stammzelltransplantationen" dem "Gemeinsamen Stammzell-Transplantationszentrum" Rheinland-Pfalz erteilt und somit allen daran beteiligten Kliniken. Verlängert am 18.12.2018 für 01.01.2019 bis 31.12.2025

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	21
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	23
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	36
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

Bezeichnung:	Stammzelltransplantation
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	14
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	19
Prüfung durch Landesverbände:	Nein

Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Ja
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation 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):	189
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	134
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	132

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	HZ01
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	HZ01
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	HZ03
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	HZ03
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB02/HZ02
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB02/HZ02
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	83,33

Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	Die Personalbesetzung wurde im 1.Quartal durch erfahrene Pflegehilfskräfte abgedeckt, diese werden unter PpUG trotz Erfahrung nicht anerkannt.
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB04/MC04
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB04/MC04
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB05
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB05
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB08
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB08
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB10
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB10
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB13
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB13
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI01/MI02/MI03/MI04
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI01/MI02/MI03/MI04
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
<hr/>	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI05
Schicht:	Tagschicht

Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	66,67
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	Eigentlich eine Überwachungsstation, die unter PpUG als Intensivstation gewertet wird.

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI05
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	66,67
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	Eigentlich eine Überwachungsstation, die unter PpUG als Intensivstation gewertet wird.

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	HZ01
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	93,97

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	HZ01
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	76,99

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	HZ03
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	92,93

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	HZ03
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	78,8
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB02/HZ02
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	96,16
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB02/HZ02
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	79,45
Erläuterungen:	Die Personalbesetzung wurde im 1.Quartal durch erfahrene Pflegehilfskräfte abgedeckt, diese werden unter PpUG trotz Erfahrung nicht anerkannt.
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB04/MC04
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	95,03
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB04/MC04
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB05
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	96,16
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB05
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	99,73
Der pflegesensitive Bereich:	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB08
Schicht:	Tagschicht

Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	80,22
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB08
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	99,44
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB10
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	78,15
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB10
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	76,4
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB13
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	99,45
Der pflegesensitive Bereich: Kardiologie	
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	MB13
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich: Intensivmedizin	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI01/MI02/MI03/MI04
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	93,15
Der pflegesensitive Bereich: Intensivmedizin	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI01/MI02/MI03/MI04
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	81,92
Der pflegesensitive Bereich: Intensivmedizin	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI05
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	55,62

Erläuterungen:	Eigentlich eine Überwachungsstation, die unter PpUG als Intensivstation gewertet wird.
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	MI05
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	50,14
Erläuterungen:	Eigentlich eine Überwachungsstation, die unter PpUG als Intensivstation gewertet wird.
Intensivmedizin	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	99,73
Intensivmedizin	
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	89,04