



Klinikum der Stadt
Ludwigshafen am Rhein
gemeinnützige GmbH

Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2023

gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	19
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	21
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	21
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	21
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	22
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	22
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	22
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	27
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	28
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	28
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	29
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	31
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	31
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	32
A-9	Anzahl der Betten	34
A-10	Gesamtfallzahlen	34
A-11	Personal des Krankenhauses	34
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	34
A-11.2	Pflegepersonal	34
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	36
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	39
A-12.1	Qualitätsmanagement	39
A-12.1.1	Verantwortliche Person	43
A-12.1.2	Lenkungsgremium	43
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	44
A-12.2.1	Verantwortliche Person	45
A-12.2.2	Lenkungsgremium	45
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	45
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems	47
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	48
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	49
A-12.3.1	Hygienepersonal	49

A-12.3.1.1	Hygienekommission	49
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	50
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	50
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	50
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	51
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	51
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	51
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	52
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	53
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	55
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	55
A-12.5.2	Verantwortliche Person	55
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	55
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	55
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	57
A-13	Besondere apparative Ausstattung	58
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	59
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	60
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	60
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	62
B-[0100]	Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämato-Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)	62
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	62
B-[0100].1.2	Ärztliche Leitung	62
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	63
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	63
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	66
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	67
B-[0100].6.2	Kompetenzdiagnosen	68
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	71

B-[0100].7.2	Kompetenzprozeduren	72
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	72
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	73
B-[0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	74
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	74
B-[0100].11	Personelle Ausstattung	74
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	74
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	74
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	75
B-[0100].11.2	Pflegepersonal	75
B-[0100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	76
B-[0100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	76
B-[0300]	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)	77
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	77
B-[0300].1.2	Ärztliche Leitung	77
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	78
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	78
B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	80
B-[0300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	80
B-[0300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	81
B-[0300].6.2	Kompetenzdiagnosen	82
B-[0300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	83
B-[0300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	84
B-[0300].7.2	Kompetenzprozeduren	85
B-[0300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	85
B-[0300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	86
B-[0300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	87
B-[0300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	87
B-[0300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	88
B-[0300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	88
B-[0300].11	Personelle Ausstattung	89
B-[0300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	89

B-[0300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	89
B-[0300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	89
B-[0300].11.2	Pflegepersonal	89
B-[0300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	90
B-[0300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	91
B-[0700]	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Infektiologie und Diabetologie)	92
B-[0700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	92
B-[0700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	92
B-[0700].1.2	Ärztliche Leitung	92
B-[0700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	93
B-[0700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	93
B-[0700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B-[0700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	95
B-[0700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	96
B-[0700].6.2	Kompetenzdiagnosen	97
B-[0700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	97
B-[0700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	98
B-[0700].7.2	Kompetenzprozeduren	99
B-[0700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	100
B-[0700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	100
B-[0700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	101
B-[0700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	101
B-[0700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	102
B-[0700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	103
B-[0700].11	Personelle Ausstattung	103
B-[0700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	103
B-[0700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	103
B-[0700].11.1.2	Zusatzweiterbildung	103
B-[0700].11.2	Pflegepersonal	104
B-[0700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	104
B-[0700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	105
B-[1500]	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)	106

B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	106
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	106
B-[1500].1.2	Ärztliche Leitung	106
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	108
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	108
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	110
B-[1500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	110
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	111
B-[1500].6.2	Kompetenzdiagnosen	112
B-[1500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	113
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	114
B-[1500].7.2	Kompetenzprozeduren	115
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	115
B-[1500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	116
B-[1500].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	116
B-[1500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	117
B-[1500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	118
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	119
B-[1500].11	Personelle Ausstattung	119
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	119
B-[1500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	119
B-[1500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	119
B-[1500].11.2	Pflegepersonal	119
B-[1500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	120
B-[1500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	121
B-[1518]	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)	122
B-[1518].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	122
B-[1518].1.1	Fachabteilungsschlüssel	122
B-[1518].1.2	Ärztliche Leitung	122
B-[1518].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	123
B-[1518].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	123
B-[1518].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	124
B-[1518].6	Hauptdiagnosen nach ICD	124

B-[1518].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	125
B-[1518].6.2	Kompetenzdiagnosen	126
B-[1518].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	127
B-[1518].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	128
B-[1518].7.2	Kompetenzprozeduren	129
B-[1518].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	130
B-[1518].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	130
B-[1518].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	130
B-[1518].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	131
B-[1518].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	132
B-[1518].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	132
B-[1518].11	Personelle Ausstattung	132
B-[1518].11.1	Ärzte und Ärztinnen	132
B-[1518].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	132
B-[1518].11.1.2	Zusatzweiterbildung	133
B-[1518].11.2	Pflegepersonal	133
B-[1518].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	134
B-[1518].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	134
B-[0200]	Klinik für Geriatrie	135
B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	135
B-[0200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	135
B-[0200].1.2	Ärztliche Leitung	135
B-[0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	136
B-[0200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	136
B-[0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	138
B-[0200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	138
B-[0200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	139
B-[0200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	140
B-[0200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	141
B-[0200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	142
B-[0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	142
B-[0200].11	Personelle Ausstattung	142
B-[0200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	142
B-[0200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	143

B-[0200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	143
B-[0200].11.2	Pflegepersonal	143
B-[0200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	144
B-[0200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	144
B-[2100]	Klinik für Herzchirurgie	145
B-[2100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	145
B-[2100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	145
B-[2100].1.2	Ärztliche Leitung	145
B-[2100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	146
B-[2100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	146
B-[2100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	147
B-[2100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	147
B-[2100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	148
B-[2100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	149
B-[2100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	151
B-[2100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	152
B-[2100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	152
B-[2100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	152
B-[2100].11	Personelle Ausstattung	152
B-[2100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	152
B-[2100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	152
B-[2100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	153
B-[2100].11.2	Pflegepersonal	153
B-[2100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	154
B-[2100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	154
B-[2200]	Klinik für Urologie	155
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	155
B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	155
B-[2200].1.2	Ärztliche Leitung	155
B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	156
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	156
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	157

B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	157
B-[2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	158
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen	159
B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	159
B-[2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	160
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren	161
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	162
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	162
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	164
B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	164
B-[2200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	165
B-[2200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	166
B-[2200].11	Personelle Ausstattung	166
B-[2200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	166
B-[2200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	166
B-[2200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	166
B-[2200].11.2	Pflegepersonal	166
B-[2200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	168
B-[2200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	168
B-[2400]	Frauenklinik/ Geburtshilfe	169
B-[2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	169
B-[2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	169
B-[2400].1.2	Ärztliche Leitung	169
B-[2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	170
B-[2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	170
B-[2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	171
B-[2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	171
B-[2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	172
B-[2400].6.2	Kompetenzdiagnosen	173
B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	174
B-[2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	175
B-[2400].7.2	Kompetenzprozeduren	176
B-[2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	177
B-[2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	178

B-[2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	179
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	180
B-[2400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	181
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	182
B-[2400].11	Personelle Ausstattung	182
B-[2400].11.1	Ärzte und Ärztinnen	182
B-[2400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	182
B-[2400].11.1.2	Zusatzweiterbildung	182
B-[2400].11.2	Pflegepersonal	182
B-[2400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	184
B-[2400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	184
B-[2600]	Hals-Nasen-Ohren-Klinik	185
B-[2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	185
B-[2600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	185
B-[2600].1.2	Ärztliche Leitung	185
B-[2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	186
B-[2600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	186
B-[2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	187
B-[2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	187
B-[2600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	188
B-[2600].6.2	Kompetenzdiagnosen	189
B-[2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	190
B-[2600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	191
B-[2600].7.2	Kompetenzprozeduren	192
B-[2600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	193
B-[2600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	193
B-[2600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	195
B-[2600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	195
B-[2600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	196
B-[2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	197
B-[2600].11	Personelle Ausstattung	197
B-[2600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	197
B-[2600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	198

B-[2600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	198
B-[2600].11.2	Pflegepersonal	198
B-[2600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	199
B-[2600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	199
B-[2700]	Augenklinik	200
B-[2700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	200
B-[2700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	200
B-[2700].1.2	Ärztliche Leitung	200
B-[2700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	201
B-[2700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	201
B-[2700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	202
B-[2700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	202
B-[2700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	203
B-[2700].6.2	Kompetenzdiagnosen	204
B-[2700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	204
B-[2700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	205
B-[2700].7.2	Kompetenzprozeduren	206
B-[2700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	206
B-[2700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	207
B-[2700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	208
B-[2700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	208
B-[2700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	210
B-[2700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	210
B-[2700].11	Personelle Ausstattung	210
B-[2700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	211
B-[2700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	211
B-[2700].11.2	Pflegepersonal	211
B-[2700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	212
B-[2700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	212
B-[2800]	Klinik für Neurologie	213
B-[2800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	213
B-[2800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	213
B-[2800].1.2	Ärztliche Leitung	213

B-[2800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	214
B-[2800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	214
B-[2800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	215
B-[2800].6	Hauptdiagnosen nach ICD	216
B-[2800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	217
B-[2800].6.2	Kompetenzdiagnosen	218
B-[2800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	218
B-[2800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	219
B-[2800].7.2	Kompetenzprozeduren	221
B-[2800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	221
B-[2800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	222
B-[2800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	224
B-[2800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	224
B-[2800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	224
B-[2800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	224
B-[2800].11	Personelle Ausstattung	224
B-[2800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	224
B-[2800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	225
B-[2800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	225
B-[2800].11.2	Pflegepersonal	225
B-[2800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	226
B-[2800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	226
B-[3300]	Klinik für Strahlentherapie	227
B-[3300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	227
B-[3300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	227
B-[3300].1.2	Ärztliche Leitung	227
B-[3300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	228
B-[3300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	228
B-[3300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	229
B-[3300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	229
B-[3300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	230
B-[3300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	231
B-[3300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	232

B-[3300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	233
B-[3300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	234
B-[3300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	234
B-[3300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	234
B-[3300].11	Personelle Ausstattung	234
B-[3300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	234
B-[3300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	235
B-[3300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	235
B-[3300].11.2	Pflegepersonal	235
B-[3300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	236
B-[3300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	236
B-[3400]	Hautklinik	237
B-[3400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	237
B-[3400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	237
B-[3400].1.2	Ärztliche Leitung	237
B-[3400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	238
B-[3400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	238
B-[3400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	239
B-[3400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	239
B-[3400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	240
B-[3400].6.2	Kompetenzdiagnosen	241
B-[3400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	241
B-[3400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	243
B-[3400].7.2	Kompetenzprozeduren	244
B-[3400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	244
B-[3400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	245
B-[3400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	245
B-[3400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	245
B-[3400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	246
B-[3400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	246
B-[3400].11	Personelle Ausstattung	246
B-[3400].11.1	Ärzte und Ärztinnen	246
B-[3400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	246
B-[3400].11.1.2	Zusatzweiterbildung	246

B-[3400].11.2	Pflegepersonal	247
B-[3400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	247
B-[3400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	248
B-[3500]	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie	249
B-[3500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	249
B-[3500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	249
B-[3500].1.2	Ärztliche Leitung	249
B-[3500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	250
B-[3500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	250
B-[3500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	251
B-[3500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	251
B-[3500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	252
B-[3500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	253
B-[3500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	254
B-[3500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	255
B-[3500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	257
B-[3500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	258
B-[3500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	259
B-[3500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	260
B-[3500].11	Personelle Ausstattung	260
B-[3500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	260
B-[3500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	260
B-[3500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	260
B-[3500].11.2	Pflegepersonal	260
B-[3500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	261
B-[3500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	262
B-[3600]	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin	263
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	263
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	263
B-[3600].1.2	Ärztliche Leitung	263
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	264
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	264

B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	265
B-[3600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	265
B-[3600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	266
B-[3600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	267
B-[3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	268
B-[3600].7.2	Kompetenzprozeduren	269
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	270
B-[3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	270
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	270
B-[3600].11	Personelle Ausstattung	270
B-[3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	270
B-[3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	271
B-[3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	271
B-[3600].11.2	Pflegepersonal	271
B-[3600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	272
B-[3600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	272
B-[3700]	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin	273
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	273
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	273
B-[3700].1.2	Ärztliche Leitung	273
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	274
B-[3700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	274
B-[3700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	276
B-[3700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	276
B-[3700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	276
B-[3700].11	Personelle Ausstattung	276
B-[3700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	276
B-[3700].11.2	Pflegepersonal	276
B-[3751]	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	277
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	277
B-[3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel	277
B-[3751].1.2	Ärztliche Leitung	277
B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	278
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	278

B-[3751].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	279
B-[3751].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	280
B-[3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	281
B-[3751].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	282
B-[3751].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	282
B-[3751].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	283
B-[3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	283
B-[3751].11	Personelle Ausstattung	283
B-[3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen	283
B-[3751].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	283
B-[3751].11.2	Pflegepersonal	283
B-[3790]	Institut für Pathologie	284
B-[3790].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	284
B-[3790].1.1	Fachabteilungsschlüssel	284
B-[3790].1.2	Ärztliche Leitung	284
B-[3790].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	285
B-[3790].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	285
B-[3790].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	286
B-[3790].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	286
B-[3790].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	287
B-[3790].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	287
B-[3790].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	287
B-[3790].11	Personelle Ausstattung	287
B-[3790].11.1	Ärzte und Ärztinnen	287
B-[3790].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	288
B-[3790].11.2	Pflegepersonal	288
B-[3792]	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin	289
B-[3792].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	289
B-[3792].1.1	Fachabteilungsschlüssel	289
B-[3792].1.2	Ärztliche Leitung	289
B-[3792].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	290
B-[3792].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	290
B-[3792].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	291
B-[3792].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	292

B-[3792].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	292
B-[3792].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	293
B-[3792].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	293
B-[3792].11	Personelle Ausstattung	293
B-[3792].11.1	Ärzte und Ärztinnen	293
B-[3792].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	294
B-[3792].11.1.2	Zusatzweiterbildung	294
B-[3792].11.2	Pflegepersonal	294
B-[3791]	Apotheke	295
B-[3791].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	295
B-[3791].1.1	Fachabteilungsschlüssel	295
B-[3791].1.2	Ärztliche Leitung	295
B-[3791].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	296
B-[3791].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	296
B-[3791].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	298
B-[3791].11	Personelle Ausstattung	298
B-[3791].11.1	Ärzte und Ärztinnen	298
B-[3791].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	298
C	Qualitätssicherung	300
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	300
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	300
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	302
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	302
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	468
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	468
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	468
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	482
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	482
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	482
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	483

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	483
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	484
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	484
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	486

Einleitung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Verantwortliche

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

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

Links

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

A- Teil

Kompetent
leistungsstark
innovativ
partnerschaftlich
umsorgend

KliLu
Wir Leben Medizin

Herzlich willkommen

Bitte hier anmelden

für ambulante und
stationäre Aufnahme



1. Bitte **Wartemarke** an
Terminal **anfordern**.



2. Wartemarke entnehmen
im **Wartebereich**

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

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	772801000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	0621
Telefon	5030
E-Mail	info@klilu.de
Krankenhaus-URL	http://www.klilu.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

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

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt Zentralinstitut für diagnostische und interventionelle Radiologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Günter Layer
Telefon	0621 503 4500
Fax	0621 503 4590
E-Mail	guenter.layer@klilu.de

Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Alexandra Gräfin von Rex
Telefon	0621 503 2307

Fax	0621 503 2334
E-Mail	rexa@klilu.de

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

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

Name der Universität

Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	<p>MP02 - Akupunktur</p> <p>Die Geburtshilfe bietet den Gebärenden geburtshilfliche Akupunktur an.</p>
2	<p>MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p>Im Klinikum besteht täglich die Möglichkeit zum Angehörigengespräch mit den zuständigen Stationsärzten. Auf den Intensivstationen finden Gespräche zu definierten Zeiten statt. Zertifikat: Angehörigenfreundliche Intensivstation. Infomaterial auf der Stroke Unit für Patienten & Angehörige.</p>
3	<p>MP04 - Atemgymnastik/-therapie</p> <p>Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin (IPRM) bietet Patienten aller Fachabteilungen die Möglichkeit der Atem- und Entspannungstherapie an.</p>
4	<p>MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern</p> <p>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.</p>
5	<p>MP06 - Basale Stimulation</p> <p>Die Anwendung Nationaler Expertenstandards und verschiedener Pflegekonzepte (z. B. Basale Stimulation) wird für Pflegekräfte im Alltag spürbar. Beratend und begleitend stehen Pflegeexpertinnen, Praxisbegleiter für Basale Stimulation in der Pflege und Kinästhetik-Trainer zur Verfügung.</p>
6	<p>MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung</p> <p>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.</p>
7	<p>MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden</p> <p>Wir verfügen über Ethische Leitlinien im Umgang mit Sterbenden + einen Leitfaden für Hinterbliebene. Angebot zur palliativen Sterbebegleitung & bei Bedarf wird eine ambulante Betreuung durch den Hospizdienst vermittelt. Geriatrie standardisiertes Behandlungskonzept für Sterbende (CL Palliativ, ...)</p>

Med.pfleg. Leistungsangebot

- MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
- 8 Das Zentrum für ambulante Rehabilitation bietet zusammen mit der Klinik für Gefäßchirurgie eine Gefäßsportgruppe zur Verbesserung der Durchblutungssituation im Bereich des Ober-/Unterschenkels an. Das IPRM bietet ambulante Gruppentherapien sowie Onkoletics (Onkologisches Ganzkörpertraining) an.
- MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
- 9 Physiotherapeuten und Ergotherapeuten des Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin verfügen über eine Fortbildung des Bobath Konzeptes und bieten diese Therapie in allen Fachabteilungen an. Pflegefachkräfte, vor allem in der Neurologie, verfügen über eine Fortbildung im Bobath-Konzept.
- MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
- 10 Das Diabeteszentrum bietet Schulungen zu Diabetes Mellitus Typ I und Typ II sowie Insulinschulungen an. Zudem versorgt ein multiprofessionelles Behandlungsteam besondere Bedarfe der Diabetespatienten (z.B. Behandlung Diabetisches Fußsyndrom). Das Team betreut Diabetespatienten auf allen Stationen.
- MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
- 11 Eine Ernährungsberaterin oder Ökotrophologin führt nach Anordnung Diät- und Ernährungsberatungen bei betroffenen oder gefährdeten Patienten durch. Im Rahmen des Expertenstandards "Ernährungsmanagement" findet ein gezieltes Ernährungsassessment (z.B. bei Mangelerscheinungen) statt.
- MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 12 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.
- MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 13 Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Ergotherapie an: Funktionstraining, Selbsthilfettraining, Versorgung mit Hilfsmitteln, Gelenkschutz, Hirnleistungstraining, Anpassung an häusliche und berufliche Umgebung.
- MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
- 14 Für alle Fragen rund um die Organisation der Patientenprozesse ist das Prozessmanagement (PM) der jeweiligen Klinik der erste Ansprechpartner für Patienten und Angehörige sowie Einweisende und Mitarbeitende des Klinikums Ludwigshafen.
- MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 15 Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Fußreflexzonenmassage an.
- MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
- 16 Die Geburtshilfe bietet Geburtsvorbereitungskurse für Frauen/Paare in deutscher Sprachen an. Weiterhin werden Kurse zur Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik angeboten.
- MP21 - Kinästhetik
- 17 Der Grundkurs "Kinästhetik in der Pflege" ist Teil der Ausbildung im Klinikum Ludwigshafen.
- MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 18 Es werden spez. Methoden von funktioneller Krankengymnastik, Biofeedback- & Elektrotherapie bis zur medikamentösen Behandlung angeboten (IPRM: Amb. + stat.). Sollte eine Operation notwendig sein, steht im Kontinenz- & Beckenboden-Zentrum ein spezialisiertes interdisziplinäres OP-Team zur Verfügung.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
19	Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Möglichkeit der Manuellen Lymphdrainage an.
	MP25 - Massage
20	Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen verschiedene Massagen an (Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Segmentmassage).
	MP26 - Medizinische Fußpflege
21	Während Ihres Aufenthaltes im Klinikum haben Patienten die Möglichkeit, eine externe medizinische Fußpflege in Anspruch zu nehmen.
	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
22	Die Geburtshilfe bietet eine homöopathische Versorgung an.
	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
23	Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet Manuelle Therapie an.
	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
24	Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen die Physikalische Therapie (z.B. Hydrotherapie "Heiße Rolle", Ultraschalltherapie und Elektrotherapie) an.
	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
25	Das Institut für Physikalische u. Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen diverse Behandlungsmöglichkeiten an (Krankengymnast. Einzel- u. Gruppenbehandlungen, gerätegestützte Krankengymnastik, KG auf neurophysiologischer Basis, Galileo-Therapie).
	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
26	Die Ambulanz des Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet den Präventionskurs "Aufrichtung und Entlastung der Wirbelsäule"-gesundheitsbewusstes Rückentraining nach §20 SGB V an.
	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
27	Den Patienten der onkologischen Zentren/Abteilungen + Palliativpatienten bietet das Klinikum Beratung und Unterstützung durch Psychoonkologen an. Die Versorgung umfasst Patientengespräche, die Einbeziehung Angehöriger, Öffentlichkeitsarbeit und Schulungsangebote für Mitarbeitende.
	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
28	Für die Therapeuten des Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin ist die Haltungsschule wichtiger Bestandteil ihrer Therapie in allen stationären Fachbereichen sowie im ambulanten Bereich.
	MP37 - Schmerztherapie/-management
29	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 implementiert.
	MP38 - Sehschule/Orthoptik
30	Die Augenklinik bietet in ihrer integrierten Sehschule die Untersuchung von Augenbewegungsstörungen (z.B. Schielen und Augenzittern), Sehschwächen und aller damit zusammenhängenden Krankheitsbilder an.
	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
31	Die (Tumor-)zentren bieten Seminare & Vorträge an. Onkologische Fachpflegekräfte bieten jedem Betroffenen individuelle Beratung an. Die Neurologie bietet Angehörigenseminare zum Umgang mit Demenz an & hat das SANO-Programm zur strukturierten ambulanten Nachsorge nach Schlaganfall initiiert.

Med.pfleg. Leistungsangebot

MP40 - Spezielle Entspannungstherapie

- 32 Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet z.B. autogenes Training, die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Meditation und Yoga an.

MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen

- 33 Die Geburtshilfe bietet verschiedene Geburtsmöglichkeiten und Homöopathie unter der Geburt an. Schmerzlinderung, unter anderem als therapeutische Intervention, kann durchgeführt werden.

MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot

- 34 Eine Pflegefachberatung und Pflegeprozessbegleitung findet durch Pflegeexpertinnen statt. In den stationären Bereichen erfolgt die tägliche Pflegeübergabe vom Früh- zum Spätdienst im Patientenzimmer.

MP43 - Stillberatung

- 35 Die Geburtshilfe bietet Stillberatung an. Es besteht eine Kooperation mit dem Stillcafe im Heinrich-Pesch-Haus Ludwigshafen.

MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie

- 36 Neben der Behandlung von Sprach-/Sprechstörungen wird bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten insb. die Diagnostik/Therapie von Schluckstörungen zur Vorbeugung von Aspirationspneumonien fokussiert. Bei Bedarf werden besondere diagn. Maßnahmen, z.B. videoendoskop. Schluckuntersuchung, eingesetzt.

MP45 - Stomatherapie/-beratung

- 37 Für die Stomatherapie bestehen Kooperationsverträge mit den Firmen B.Braun sowie GHD. Diese übernehmen die Erstversorgung und Beratung der Patienten. Für weitere Fragen stehen fortgebildete Pflegefachkräfte zur Verfügung.

MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

- 38 Es bestehen Kooperationen mit dem Reha Team Vorderpfalz sowie weiteren Sanitätshäusern. Die Hilfsmittel werden i.d.R. noch während des stationären Aufenthalts an die Patienten geliefert, damit die korrekte Nutzung und individuelle Anpassung mit den behandelnden Therapeuten beibehalten bzw. erfolgen kann.

MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen

- 39 Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet verschiedene Wärme-/Kältetherapien an (z.B. Heiße Rolle, Fango).

MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik

- 40 Die Wochenbettgymnastik findet im Rahmen der physiotherapeutischen Versorgung nach der Entbindung statt.

MP51 - Wundmanagement

- 41 Im Sinne einer optimierten Behandlung chronischer Wunden liegt eine schriftliche Empfehlung der multiprofessionell besetzten AG Wundheilung vor. Verfahrens- und Arbeitsanweisungen regeln das multiprofessionelle Vorgehen. Wundtherapeuten und Wundassistenten (DGFW) unterstützen die Pflegekräfte.

MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

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

MP53 - Aromapflege/-therapie

- 43 Der Kreißsaal bietet den Gebärenden geburtshilfliche Aromapflege an.

Med.pfleg. Leistungsangebot

- MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik
- 44 Die Hals-Nasen-Ohren-Klinik bietet sämtliche Verfahren der Hördiagnostik inklusive Hirnstammaudiometrie (BERA) und Nachweise otoakustischer Emissionen (OAE) an. In der Geburtshilfe erhalten alle Neugeborenen ein Neugeborenen-Hörscreening.
- MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
- 45 Therapeuten des IPRM bieten allen Fachabteilungen ein Hirnleistungstraining an. In der Neuro werden systematisierte kognitive Basisassessments angeboten. Neuropsychologen gewährleisten bei Bedarf eine eingehende neurokognitive Testung sowie Betreuung der Betroffenen. Geriatrie: Einsatz Tover-Tafel
- MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
- 46 Das Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin bietet allen Fachabteilungen Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis nach PNF an.
- MP62 - Snoezelen
- 47 Im angegliederten Pflegeheim des Klinikums wird eine spezielle gerontopsychiatrische Betreuung für Demenzerkrankte angeboten. Das Angebot wird durch einen Snoezelraum ergänzt.
- MP63 - Sozialdienst
- 48 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- Beratung und Organisation der Anschlussversorgung .
- MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
- 49 Es werden regelmäßig Informations- & Patiententage für die breite Öffentlichkeit, aus nahezu allen Fachbereichen des Klinikums, digital wie auch vor Ort angeboten. Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage (Veranstaltungen/Presse). Bei der VHS LU/ Rhein-Pfalzkreis werden Vorträge gehalten.
- MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
- 50 Die Geburtshilfe bietet u.a. Neugeborenenenscreening inkl. Hörscreening an. Es werden regelmäßig Kreißsaalführungen angeboten werden. Eltern können bei Kooperationspartnern das Elterncafé für einen gemeinsamen Austausch nutzen.
- MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
- 51 Die Neurologie bietet spez. Diagnostik für Patienten mit neuromuskulären Erkrank. an. Es bestehen Spezialsprechstunden zu „Multiple Sklerose & andere entzündlichen Erkrank.“, Botox-Therapie, elektromyografische + -neurografische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien.
- MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
- 52 Zum Klinikum gehören zwei Alten- und Pflegeheime mit mehr als 300 Plätzen. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Pflegeeinrichtungen erfolgt strukturiert unter Einsatz von Pflegeüberleitungsbögen. Treffen (inkl. Fortbildung) mit den amb. Diensten und Pflegeheimen finden statt.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	<p>NM02: Ein-Bett-Zimmer</p> <p>Bei Verfügbarkeit besteht auf Wunsch für Patienten gegen zusätzliches Entgelt die Möglichkeit in einem Ein-Bett-Zimmer untergebracht zu werden.</p> <p>https://www.kiilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_112023_ger.pdf</p>
2	<p>NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p>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.</p> <p>https://www.kiilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_112023_ger.pdf</p>
3	<p>NM07: Rooming-in</p> <p>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.</p> <p>https://www.kiilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie_geburtshilfe/geburtshilfe/index_ger.html</p>
4	<p>NM05: Mutter-Kind-Zimmer</p> <p>Die Geburtsstation bietet bei Verfügbarkeit gegen ein zusätzliches Entgelt Familienzimmer an. Es garantiert den frischgebackenen Eltern mit dem Neugeborenen eine private häusliche Atmosphäre.</p> <p>https://www.kiilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/gynaekologie_geburtshilfe/geburtshilfe/index_ger.html</p>
5	<p>NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)</p> <p>Angehörige von Patienten haben die Möglichkeit - sofern ein Zimmer frei ist - im nahe gelegenen Personalwohnheim auf dem Krankenhausgelände zu übernachten. Kosten: Einzelzimmer 45,00 Euro, Doppelzimmer 55,00 Euro pro Nacht. Parken 5,95/Tag. Frühstück & Mittagessen gibt es zu den Cafeteria Preisen.</p> <p>https://www.kiilu.de/patienten_besucher/besucher/gaestezimmer/index_ger.html</p>
6	<p>NM10: Zwei-Bett-Zimmer</p> <p>Bei Verfügbarkeit ist auf Wunsch eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer möglich.</p> <p>https://www.kiilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_112023_ger.pdf</p>
7	<p>NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p>Bei Verfügbarkeit ist eine Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer mit separater Nasszelle und Dusche möglich.</p> <p>https://www.kiilu.de/e21879/e21880/e21888/e28842/Flyer_Wahlleistung_112023_ger.pdf</p>
8	<p>NM40: Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p> <p>Der Lotsendienst der "Grünen Damen und Herren" im Eingangsbereich des Klinikums begleitet auf Wunsch neu einbestellte Patienten zu ihren Stationen bzw. Therapiezentren und bietet Orientierungshilfe.</p> <p>https://www.kiilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/gruene_damen_und_herren/index_ger.html</p>

#	Leistungsangebot
9	<p>NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung</p> <p>Die kath. u. evang. Seelsorge bietet Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden Unterstützung bei Fragen u. Sorgen an und ist Ansprechpartner für religiöse Belange. Die ehrenamtliche islamische Seelsorge ist Ansprechpartner für persönliche und religiöse Belange islamischer Patienten und Angehöriger.</p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html</p>
10	<p>NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen</p> <p>Das Klinikum bietet regelmäßig Informationsveranstaltungen sowie VHS-Vorträge für Patienten und Interessierte an (u.a. Onkologisches Forum, Elternabende, etc.). Diese Veranstaltungen werden über soziale Netzwerke und Aushänge bekanntgegeben. Die Veranstaltungen finden digital und in Präsenz statt.</p> <p>https://www.klilu.de/presse_termine/termine_veranstaltungen/index_ger.html</p>
11	<p>NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen</p> <p>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.</p>
12	<p>NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen</p> <p>Unter Berücksichtigung der medizinischen + pflegerischen Betreuung stehen den Patienten verschiedene Menüs zur Auswahl (muslimisch, glutenfrei, vegetarisch/vegan) beschrieben im Kostformkatalog. Darüber hinaus stehen Ernährungsberaterinnen und eine Ökotrophologin zur Beratung zur Verfügung.</p> <p>https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</p>
13	<p>NM68: Abschiedsraum</p> <p>Die Abschiedsräume sollen Angehörigen/Bezugspersonen ermöglichen, in einer geschützten Atmosphäre von ihren Verstorbenen Abschied zu nehmen und der eigenen Trauer Raum und Zeit zu geben. Auf Wunsch kann die Seelsorge zur Begleitung und Durchführung religiöser Abschiedsrituale hinzugezogen werden.</p> <p>https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/beratung_unterstuetzung/seelsorge/index_ger.html</p>
14	<p>NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)</p> <p>Alle Serviceleistungen (z.B. Wahlleistungen, Cafeteria, Bibliothek, etc.) sind auf der Internetseite "KliLu von A-Z" aufgeführt.</p> <p>https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/klilu_von_a_bis_z/index_ger.html</p>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	MA Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Frau Mona Ruhl
Telefon	0621 503 21145
Fax	0621 503 2120
E-Mail	RUHLM@KLILU.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	<p>BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift</p> <p>Für sehbehinderte Patienten stehen im Klinikum Ludwigshafen ein spezifischer Aufzug im Haus H zur Verfügung.</p>
2	<p>BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung</p> <p>Die Schilder des Wegeleitsystems sind in gut lesbarer und kontrastreicher Beschriftung überwiegend in Augenhöhe angebracht.</p>
3	<p>BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen</p> <p>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.</p>
4	<p>BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen</p> <p>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt teilweise über Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche.</p>
5	<p>BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen</p> <p>Die Eingangsbereiche, die Zentrale Patientenaufnahme sowie die Stationen/Therapiezentren des Klinikums Ludwigshafen können entweder ebenerdig, über rollstuhlgerechte Aufzüge oder über spezielle Rampen erreicht werden.</p>
6	<p>BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)</p> <p>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt klinikweit über gut ausgestattete Aufzüge, welche von Patienten mit Rollstuhl genutzt werden können. Die selbständige Zugänglichkeit ist hausweit gegeben.</p>
7	<p>BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen</p> <p>Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über gut ausgestattete Toiletten zur Nutzung durch Besucher mit einem Rollstuhl. Die selbständige Zugänglichkeit ist hausweit gegeben.</p>
8	<p>BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</p> <p>Auf dem Klinikgelände sind 10 Behindertenparkplätze vorhanden. Alle Klinikgebäude sind entweder ebenerdig, über rollstuhlgerechte Aufzüge oder über spezielle Rampen zu erreichen.</p>
9	<p>BF11 - Besondere personelle Unterstützung</p> <p>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.</p>
10	<p>BF14 - Arbeit mit Piktogrammen</p> <p>Im Klinikum Ludwigshafen kommen verschiedene Piktogramme (z.B. Notausgang, Rettungszeichen, Händehygiene) zum Einsatz. Für die Patientenkommunikation wird zudem ein Fächer in Wort und Bild verwendet.</p>
11	<p>BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</p> <p>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 einigen Stationen zur Verfügung.</p>

Aspekte der Barrierefreiheit

BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)

- 12 Dem Klinikum Ludwigshafen stehen elektrisch verstellbare Betten zur Verfügung, die auch für ein hohes Gewicht und besondere Körperlänge ausgelegt sind. Bei Bedarf werden Schwerlastbetten, spezielle Matratzen bzw. druckentlastende Prophylaxematratzen für schwergewichtige Patienten bis 400kg bestellt.

BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

- 13 Dem Klinikum Ludwigshafen stehen verstellbare OP-Tische für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.

BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten

- 14 Dem Klinikum Ludwigshafen stehen Bettwaagen, Blutdruckmanschetten, etc. für Patienten mit besonderem Übergewicht zur Verfügung.

BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter

- 15 Für Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße stehen dem Pflegepersonal verschiedene Hilfsgeräte, wie z.B. Schwerlastrollstühle, Patientenlifter bis 250kg, Schwerlasthocker und Roll- und Toilettenstühle mit Überbreite, zur Verfügung.

BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B.

- 16 Anti-Thrombosestrümpfe
Im Klinikum sind verschiedene Hilfsmittel für Patienten mit besonderem Übergewicht vorhanden.

BF36 - Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten

- 17 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.

BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

- 18 Teilweise stehen verschiedene Informationsmaterialien und Flyer in mehreren Sprachen zu dem Leistungsspektrum des Klinikums zur Verfügung.

BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige

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

BF24 - Diätetische Angebote

- 20 Patienten mit tumorbedingten Ernährungsstörungen, aber auch mit Mangelernährung und bereits vorbestehenden Ernährungsstörungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen und Übergewicht werden durch geschulte Diätassistentinnen, einer Ökotrophologin und Ernährungsberaterin GHD beraten.

BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

- 21 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.

BF25 - Dolmetscherdienst

- 22 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.

#	Aspekte der Barrierefreiheit
	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
23	Für eine medizinische Behandlung ohne Sprachbarriere stehen Mitarbeitenden aller Berufsgruppen, mit meist muttersprachlichen Fremdsprachenkenntnissen, zur Verfügung.
	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
24	Die Klinikkapelle ist jederzeit geöffnet & steht zum persönlichem Gebet & zur Besinnung zur Verfügung. Sie ist barrierefrei zu erreichen. Gottesdienste werden durch Aushänge angekündigt & in die Krankenzimmer übertragen. Zusätzlich gibt es zwei Gebetsräume für Muslime, getrennt nach Frauen/Männern.
	BF23 - Allergenarme Zimmer
25	In der Medizinischen Klinik A gibt es für Leukämie-Patienten fünf allergenarme Zimmer, die ausschließlich über eine Schleuse betreten werden können.
	BF40 - Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage
26	Auf der Internetseite ist eine Vergrößerung und Verkleinerung der Ansichten über A+ möglich.
	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
27	In jedem Patientenzimmer des Klinikums befinden sich akustische/visuelle Signalanlagen (Patientenruf).
	BF38 - Kommunikationshilfen
28	Den Mitarbeitenden des Klinikums stehen Kommunikationshilfen, sogenannte Erste Hilfe Piktogramme in 14 Sprachen in Wort und Bild, für eine leichtere Kommunikation mit den Patienten zur Verfügung.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
1	Chef- und Oberärzte des Klinikums erfüllen Lehraufträge an den medizinischen Fakultäten Mainz und Mannheim sowie an denjenigen Universitäten, an denen sie selbst habilitiert sind.
	FL02 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
2	Abteilungsleiter und Fachkräfte des Klinikums beteiligen sich als Lehrbeauftragte an der Hochschule Ludwigshafen im Studiengang "Gesundheitsökonomie im Praxisverbund" sowie an der DHBW Mannheim.
	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
3	Das KliLu ist akad. Lehr-KH (29 Studierende Uni Mainz, 20 Plätze med. Fak. MA). Neben den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin u. amb. Medizin (nur MA) werden verschiedene Wahlpflichtfächer angeboten. Studierenden anderer med. Fak., auch aus dem europ. Ausland, wird eine Famulatur ermöglicht.
	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	Das Klinikum Ludwigshafen arbeitet mit Hochschulen bzw. Universitäten zu den unterschiedlichsten Themen projektbezogen zusammen. Zudem wird Studierenden das Ableisten des Praxissemesters, studiengangsbezogener Praxisphasen oder einer Abschlussarbeit (Bachelor/Master) ermöglicht.
	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
5	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

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

- FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
- 6 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.
- FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
- 7 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).
- FL08 - Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
- 8 Zahlreiche Chefarzte, Fachärzte, Abteilungsleiter und andere Fachkräfte veröffentlichen Beiträge in wissenschaftlichen Journalen oder Lehrbüchern.
- FL09 - Doktorandenbetreuung
- 9 Im Klinikum Ludwigshafen werden Doktoranden in den verschiedenen Fachkliniken und medizinischen Instituten betreut.

Zusatz zu FL03 Studierendenausbildung

Das KliLu ist akademisches Lehrkrankenhaus (29 Studierende Uni Mainz, 20 Plätze medizinischen Fakultät Mannheim). Neben den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin und ambulante Medizin (nur Mannheim) werden die Wahlpflichtfächer Anästhesiologie, Augenheilkunde, Dermatologie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Radiologie und Urologie sowie (nur Mainz) HNO-Heilkunde und Allgemeinmedizin angeboten. Studierenden anderer med. Fakultäten, auch aus dem europäischen Ausland, wird eine Famulatur ermöglicht.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildung in anderen Heilberufen

- HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
- 1 An der KliLu eigenen Pflegeakademie werden jedes Jahr 180 GKP's ausgebildet, die letzten schließen diese Ausbildung 2023 ab. Ab 2024 wird nur noch die generalistische Pflegeausbildung angeboten. 4 Azubis nehmen in Kooperation mit der Hochschule LU am dualen Bachelor-Studiengang "Pflege" teil.
- HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
- 2 Die OTA-Schule ist staatlich anerkannt und bildet eigene, sowie Auszubildende umliegender kooperierender Krankenhäuser aus. Auszubildende erhalten im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU die Möglichkeit, einen OP-Einsatz im europäischen Ausland zu absolvieren. Ausbildungskapazität: 75 Plätze
- HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
- 3 Die ATA-Schule des Klinikums ist staatlich anerkannt. Sie bildet eigene, sowie Auszubildende umliegender kooperierender Krankenhäuser aus. Ausbildungskapazität: 75 Plätze
- HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
- 4 Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen des Klinikums. Ausbildungskapazität: 36 In 2023 keine Aufnahme neuer Schüler, da ab 2024 die Ausbildung Medizinische Technologin/Technologie für Radiologie startet.
- HB12 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)
- 5 Die Ausbildung erfolgt an der eigenen MTA-Schule sowie den Fachabteilungen. Ausbildungskapazität: 36 Plätze. Max. je 10 Auszubildende pro Jahr nehmen in Kooperation mit der Hochschule Kaiserslautern, Campus Zweibrücken, an dem dualen Studiengang "Medizin- und Biowissenschaften" teil.

Ausbildung in anderen Heilberufen

- HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- 6 Schule für Pflegeberufe mit insgesamt 180 Plätze (60/Jahr) für eigene sowie Azubis kooperierender Krankenhäuser; Azubis kooperierender Einrichtungen werden praktische Einsätze im KliLu ermöglicht. Im Rahmen des ERASMUS -Programms der EU wird ein Stationseinsatz im europäischen Ausland ermöglicht.
- HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.
- 7 Seit Oktober 2021 bietet das Klinikum im Kooperation mit der DHBW Mannheim den dualen Studiengang "Pflegefachfrau/ Pflegefachmann B. Sc." an.
- HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
- 8 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.
- HB06 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin
- 9 Das Klinikum Ludwigshafen bietet Schülern verschiedener Ergotherapie-Schulen im Umkreis von Ludwigshafen die Möglichkeit der klinisch-praktischen Ausbildung.
- HB11 - Podologe und Podologin
- 10 Das Klinikum Ludwigshafen ist praktischer Ausbildungspartner für Schüler der IB Schulen in Mannheim und Trier (Kooperationsvertrag). Der Einsatz erfolgt in der Hautklinik des Klinikums.
- HB09 - Logopäde und Logopädin
- 11 Schüler/Studenten externer Ausbildungsstätten können im Klinikum ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren. Eine eigene staatl. anerkannte Schule für Logopädie befindet sich im Aufbau, der erste Kurs startet zum 01.04.2025
- HB16 - Diätassistent und Diätassistentin
- 12 Schüler externer Ausbildungsstätten können in der Hauptküche/Diätküche des Klinikums ein Vorpraktikum bzw. Teile der klinisch-praktischen Ausbildung absolvieren.
- HB18 - Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
- 13 Das Klinikum Ludwigshafen ist Kooperationspartner verschiedener externer Schulen, die die Ausbildung zum Notfallsanitäter/ zur Notfallsanitäterin anbieten. Auszubildende dieser Schulen können die klinisch-praktische Ausbildung in ausgewählten Funktions- und Stationsbereichen absolvieren.
- HB21 - Altenpflegerin, Altenpfleger
- 14 Ausbildung beendet; durch generalistische Pflegeausbildung (HB19) ersetzt;
- HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
- 15 Staatl. anerkannte Schule für Pflegehilfe wurde gegründet und nimmt 2024 den Betrieb mit insgesamt 75 Plätzen (25 pro Jahr) auf. Die Schule steht eigenen , sowie Auszubildenden kooperierender Krankenhäuser zur Verfügung.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	1010
---------------	------

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	33249
Teilstationäre Fallzahl	870
Ambulante Fallzahl	88762
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				336,76
Beschäftigungsverhältnis	Mit	335,22	Ohne	1,54
Versorgungsform	Ambulant	20,69	Stationär	316,07

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				182,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	180,83	Ohne	1,54
Versorgungsform	Ambulant	15,04	Stationär	167,33

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				725,51
Beschäftigungsverhältnis	Mit	725,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	34,89	Stationär	690,62

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				38,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	38,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	38,83

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				39,35
Beschäftigungsverhältnis	Mit	39,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	39,35

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,21

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				48,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	48,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	48,48

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,42
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,42

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				10,79
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,79

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				26,53
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	26,48

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				7,43
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,43

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				19,22
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,32	Stationär	18,9

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt				7,49
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,49

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				167,24
Beschäftigungsverhältnis	Mit	167,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	20,2	Stationär	147,04

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				11,13
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,13

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**SP04 - Diätassistentin und Diätassistent**

Gesamt				1,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,78

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				2,99
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,99

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Gesamt				3,71
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,71

SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguist und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt				3,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,91

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				1,61
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,61

SP17 - Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)

Gesamt				2,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,97

SP19 - Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker

Gesamt				3,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,9

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				25,72
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	25,72

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				24,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	24,4

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				4,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,23

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				7,26
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,26

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt				0,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt				1,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				15,3
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,3

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				6,85
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,85	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,85
-----------------	-----------------	---	------------------	------

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				2,53
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,53

SP36 - Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer

Gesamt				0,7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,7

SP40 - Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/Kinderpflegerin und Kinderpfleger

Gesamt				1,13
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,13

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				7,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,78

SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik

Gesamt				0,98
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,98

SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Gesamt				71,65
Beschäftigungsverhältnis	Mit	71,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	71,65

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Gesamt				28,71
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	28,71

SP59 - Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Gesamt				3,46
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,46

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt				48,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	48,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	48,12

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt				70,17
Beschäftigungsverhältnis	Mit	70,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	70,17

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Gemeinsam mehr erreichen

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

Die Stabsstelle Qualitätsmanagement (QM) ist der Geschäftsführung direkt zugeordnet, sodass Prozesse und Projekte zentral initiiert, geleitet und koordiniert werden können.

Um die Qualitätsthemen bestmöglich in allen Bereichen und auf den Stationen zu platzieren, gibt es im Klinikum Ludwigshafen (KliLu) Qualitätsbeauftragte Mitarbeitende (QBs), die unsere fachspezifischen Ansprechpartner im Klinikum sind. Die Beauftragten sind Mitarbeitende 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 Mitarbeitende ihres Bereiches weitergeben und zum anderen haben unsere QBs die Möglichkeit, stellvertretend für ihre Fachabteilung, qualitätsrelevante Themen an die Stabsstelle Qualitätsmanagement zu adressieren.

Über monatlich stattfindende, digitale QB-Treffen wird ein kontinuierlicher Austausch sichergestellt, und Neuerungen, Änderungen sowie wichtige Themen über die QM-Zeitung (Protokoll) in die Klinik kommuniziert. Änderungen in Prozessen, Checklisten usw. werden über den Änderungsdienst an alle Mitarbeiter kommuniziert. Deshalb ist der Ansatz „aus der Praxis – für die Praxis“ die Basis eines gelebten Qualitätsmanagements, die durch offene Kommunikationsstrukturen, kurze Wege und einem aktiven Austausch miteinander geprägt ist.

Zusätzlich gibt es im Klinikum das QM-Kernteam, 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.

Zwei Mal im Jahr treffen sich sämtliche Qualitätsmanagementbeauftragten aus den Kliniken in der Region zum „QM-Netzwerktreffen“. Dort werden aktuelle QM Themen besprochen und Erfahrungen ausgetauscht.

Zertifizierungen

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

Hier finden Sie unsere Zertifizierungen im Überblick:

Onkologisches Zentrum Ludwigshafen

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

Brustzentrum Ludwigshafen

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

Hauttumorzentrum Rheinpfalz

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

Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen

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

Prostatakarzinomzentrum

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

Viszeralonkologisches Zentrum Rheinpfalz

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

Zentrum für Hämatologische Neoplasien

Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien wurde erstmals 2022 nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Die interdisziplinäre Vernetzung von Spezialisten zählt zu den entscheidenden Aspekten in der modernen Krebsbehandlung.

Cardiac Arrest Center

Die Zertifizierungsstelle CERT iQ GmbH bescheinigt der Medizinischen Klinik B die erfolgreiche Zertifizierung als Cardiac Arrest Center.

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.

Zertifikat Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie

Das Medizinische Klinik B ist seit 2019 nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung (DGK) mit der Zusatzbezeichnung Interventionelle Kardiologie zertifiziert.

Zertifikat Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie

Das Medizinische Klinik B ist seit 2017 nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung (DGK) mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Rhythmologie zertifiziert.

Cochlea-Implantat-versorgende Einrichtung

Gemäß Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf und Halschirurgie e.V. erfüllt die HNO-Klinik die qualitätssichernden Maßnahmen, die für CI-versorgende Einrichtungen heutzutage gefordert werden.

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.

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.

Regionales Shuntzentrum

Das Internationale Zertifizierungsinstitut für Management und Personal, ClarCert, bestätigte im Juni 2021 bei der Re-Zertifizierung, 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.

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 15 Überwachungsbetten ausgestattet. Für Patientinnen und Patienten mit einem akuten Schlaganfall steht rund um die Uhr ein kompetentes und engagiertes Behandlungsteam zur Verfügung.

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.

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.

Qualitätszertifikat 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.

Akademische Ausbildungsapotheke

Die Apothekerkammer Hamburg bescheinigt gemäß der Richtlinie zur Akkreditierung von Akademischen Ausbildungsapotheken der Apotheke als Akademische Ausbildungsapotheke akkreditiert zu sein. Die Ausbildung von angehenden Apothekern im Praktischen Jahr (PJ) genießt im Klinikum Ludwigshafen einen hohen Stellenwert. Das ausgestellte Zertifikat unterstreicht die hohe Qualität der Ausbildung und die Attraktivität des Klinikums als Ausbildungsstätte.

Informationssicherheitsmanagementsystem

Das Klinikum Ludwigshafen und die Innovation und Technologie Rhein Neckar Ludwigshafen GmbH (ITRNLU) sind nach der ISO/IEC 27001:2022 zertifiziert.

Akkreditierung Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

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

Aktion Saubere Hände

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

Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP)

Die Aufgaben der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) im Klinikum Ludwigshafen sind die Reinigung, Desinfektion, Pflege, Sortierung, Sterilisation und Bereitstellung von Medizinprodukten, beispielsweise Operationsinstrumente. Dafür wurde die AEMP mit modernster Reinigungs- und Sterilisationstechnik ausgestattet. Die Arbeitsmenge liegt bei rund 60.000 Sterilguteinheiten (STE). Der TÜV Rheinland bescheinigt der AEMP der Wirtschaftsgesellschaft im Klinikum Ludwigshafen, ein Qualitätsmanagementsystem für Medizinprodukte eingeführt zu haben und anzuwenden. Das Zertifikat gilt für die Aufbereitung von Medizinprodukten in der AEMP der Wirtschaftsgesellschaft im Klinikum Ludwigshafen, einschließlich der Einstufung "kritisch C", in der AEMP, entsprechend der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten".

Anerkannte Bildungsstätte der DGSV für Personalqualifizierungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Seit 2012 führen wir am KliLu Sach- und Fachkundeführer zur Aufbereitung von Medizinprodukten durch. Seit 2015 als zertifizierte Bildungsstätte der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. (DGSV).

Fast 800 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben inzwischen die Schulungen erfolgreich absolviert, darunter viele Mitarbeitenden kooperierender Arztpraxen und Krankenhäuser.

Arbeitsförderung - AZAV

Die Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung - Arbeitsförderung - AZAV bescheinigt dem Klinikum Ludwigshafen ein zugelassener Träger nach dem Recht der Arbeitsförderung im Bereich "Berufliche Weiterbildung FbW" zu sein.

Beispiele für Instrumente und Methoden der Stabsstelle QualitätsmanagementInterne Audits

Über die Stabsstelle Qualitätsmanagement werden in geplanten Abständen in allen Kliniken, Instituten und Bereichen interne Audits, Kurzaudits und Risikoaudits durchgeführt. Dabei wird das QM-System systematisch bewertet und Prozesse, Anforderungen (intern/gesetzlich), Richtlinien und definierte Ziele hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Es 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.

Patientenbefragungen

Darüber hinaus haben stationäre Patienten die Möglichkeit, an einer kontinuierlichen Patientenbefragung der Stabsstelle Qualitätsmanagement teilzunehmen. Zusätzlich werden spezielle Patientenbefragungen im Bereich der Tumorzentren und Zentren, auf den Intensivstationen und in verschiedenen Kliniken durchgeführt.

Einweiserbefragungen

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.

Mitarbeiterbefragungen

Über eine Interviewreihe wurden 2022 Beschäftigte aus allen Bereichen und Berufsgruppen zu den Themen Technik, Prozess, Kompetenzen, Haltung, Zusammenarbeit, Chancen, Risiken, Mehrwert befragt. Anhand eines wissenschaftlichen Bezugsrahmens wurden die Inhalte dieser qualitativen Interviewreihe streng anonymisiert deskriptiv und explikativ ausgewertet. Maßnahmen wurden mit den Fachabteilungen in 2023 abgeleitet.

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

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

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. 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.

Patienten-ID-Armband (Identifikationsarmband) „Sicher durchs Krankenhaus“

Patientenidentifikation ist ein wesentlicher Aspekt im Rahmen der Patientensicherheit und das Patientenarmband trägt zur sicheren Identifikation bei, insbesondere, wenn aufgrund einer Narkose oder anderer Faktoren das Bewusstsein fehlt. Patienten erhalten für den gesamten Aufenthalt im KliLu ein Patientenidentifikationsarmband, das bei der Patientenaufnahme am Handgelenk angelegt wird.

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.

Mit der OP-Transfercheckliste wird die Sicherheit des Patienten vor, während und nach OP/ invasiven Eingriffen über abgefragte Parameter sichergestellt. So hat jeder Mitarbeiter jederzeit Kenntnis über den aktuellen Stand im Prozess.

Pflichtschulungen für die Mitarbeiter

Im Klinikum werden Pflichtschulungen als Online-Schulungen sowie als Präsenz-Schulungen angeboten. Ein Beispiel hierfür ist die Reanimationsschulung, die als Präsenzschiung für alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt verpflichtend ist. In Risikobereichen erfolgen jährliche Schulungen nach ACLS. Die stattgefundenen Reanimationseinsätze im Klinikum werden auf standardisierten Protokollen erfasst, jährlich ausgewertet und besprochen.

Kundenzufriedenheit (Kontaktstelle für Patientenliegen)

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 Patientenliegen 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.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Antonie Ege
Telefon	0621 503 2021
Fax	0621 503 2139
E-Mail	qm@kiliu.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium**Lenkungsgremium**

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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Lenkungsgremium: Geschäftsführung, Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Leitung Stabsstelle QM
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 wurde 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 (inklusive Risikomanagementprozess) und eine Excel-Risiko-Mapp liegt entsprechend den Vorgaben der ONR 49000 vor.

Ziel des Risikomanagements ist es, die krankenhausunternehmerische Zielerreichung gegen Gefahren zu sichern. Es leitet sich aus der Definition von Risiko ab: Risiko ist in Abgrenzung zu Chancen die negative Auswirkung von Zielerreichungsunsicherheiten. Dazu werden klinische, wirtschaftliche und rechtliche Risiken durch systematische Risikoerkennung und -berichterstattung ermittelt. Die festgestellten Risiken werden auf mögliche Schadensfolgen und deren Eintrittswahrscheinlichkeit untersucht.

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.

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

A-12.2.1 Verantwortliche Person**Verantwortliche Person**

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	eigenständige Position für Risikomanagement
---	---

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Hans-Friedrich Günther
Telefon	0621 503 2089
Fax	0621 503 2008
E-Mail	hf.guenther@klilu.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium**Lenkungsgremium**

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Lenkungsgremium: Geschäftsführung, Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Leitung Stabsstelle QM
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen**Instrumente und Maßnahmen**

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Handbuch Gesamtklinikum, QM-Handbücher der einzelnen Kliniken, Tumorzentren, Zentren sowie in den Verwaltungsbereichen</p> <p>Letzte Aktualisierung: 03.11.2023</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Medizinisches Notfallmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 20.10.2021</p>
5	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Expertenstandard Schmerzmanagement in der Ärztlichen und Pflegerischen Tätigkeit bei akuten, chronischen und tumorbedingten Schmerzen sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 21.03.2023</p>
6	<p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege" sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 08.07.2024</p>
7	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Dekubitusprophylaxe sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 07.08.2023</p>
8	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 23.02.2023</p>
9	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Meldung von mutmaßlichen Vorkommnissen in Verbindung mit Medizinprodukten sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 22.08.2022</p>
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	<p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Spezifische OP-Transferchecklisten für die verschiedenen Eingriffe/Untersuchungen der einzelnen Kliniken; VA Zählkontrolle von Instrumenten und Textilien innerhalb des Operationsprozesses sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 23.07.2024</p>
14	<p>RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: CL Patientenvorbereitung auf Station; Spezifische OP-Transferchecklisten für die verschiedenen Eingriffe/Untersuchungen der einzelnen Kliniken</p> <p>Letzte Aktualisierung: 05.04.2024</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
15	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Spezifische OP-Transferchecklisten für diverse Eingriffe der einzelnen Kliniken; Patientenidentifikation (Patientenarmband) inkl. Online-Schulung, Medical Teamtraining für neue Mitarbeiter; AA Vermeidung von Patienten- u Eingriffsverwechslungen im OP sowie dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen</p> <p>Letzte Aktualisierung: 23.11.2023</p>
16	<p>RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standards und Empfehlungen (Regelungen zu: OP-Transfer Checklisten, Aufwachraum Protokoll, Narkoseprotokoll/ Anordnung für Aufwachraum (Narco-Data), Schmerzscore, Aldrete's Score) sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 06.12.2023</p>
17	<p>RM18: Entlassungsmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Entlassmanagement sowie die dazugehörigen mitgeltenden Unterlagen.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 21.05.2024</p>

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Qualitätszirkel
- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Andere: Klinikübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit, Palliativkonsil, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Qualitätszirkel mit niedergelassenen Ärzten, Klinikkonferenzen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

CIRS im KliLu

Gemeinsam aus Fehlern lernen! Dies geschieht im KliLu sowohl über ein internes als auch ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem (Critical Incident Reporting System - CIRS). Das interne Fehlermeldesystem ist fester Bestandteil einer gelebten Sicherheitskultur und ist hausweit etabliert. Sicherheit im Krankenhaus ist die Gesamtheit der Patienten-, Mitarbeiter- und Prozesssicherheit. Mit dem Wissen wo und warum Fehler passieren, können Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt werden, um die Sicherheit zu gewährleisten (zu erhöhen).

Im KliLu gibt es sogenannte Meldekreise, die sich in die Bereiche „operativ“, „konservativ“, „OP & Intensiv“ und „Weitere“ unterteilen. Aus diesen Bereichen sind Mitarbeiter als CIRS-Beauftragte benannt, die als Ansprechpartner und Multiplikator fungieren.

Es finden regelmäßig Schulungen der Mitarbeitenden zum Umgang mit dem CIRS statt, wodurch eine flächendeckende Einbindung der Beteiligten gewährleistet ist. Alle Mitarbeitenden können von den PC-Arbeitsplätzen Fehler, Beinahe-Fehler und Prozessstörungen melden, welche die Patienten- und Mitarbeitersicherheit beeinflussen oder gefährden. Nach erfolgter Anonymisierung der Fallmeldungen werden diese in interdisziplinären Arbeitsgruppen analysiert und bearbeitet. Zugrundeliegende Prozesse werden evaluiert und falls nötig optimiert. Lösungen und Maßnahmen werden zielgerichtet und fallbezogen initiiert, umgesetzt und kommuniziert.

Die Vorstellung relevanter Fallmeldungen erfolgt in den monatlich stattfindenden Qualitätsbeauftragten-Treffen (QB-Treffen), wodurch Transparenz und Nachhaltigkeit gegeben sind. Weitere Informationskanäle sind u.a. das CIRS-Portal im Intranet, die QM-Zeitung, der Pflege-Newsletter oder Fallbesprechungen.

Die Beteiligung an einem einrichtungsübergreifenden CIRS erfolgt durch die CIRS-Koordinatorin, wodurch ein klinikübergreifender Austausch von CIRS-Fallberichten sichergestellt ist.

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 10.10.2023
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf

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 ein wichtiges Instrument des QM's zur Steigerung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit. Im Rahmen einer gelebten Sicherheitskultur findet ein kontinuierlicher Austausch mit allen am Prozess Beteiligten statt, um in gemeinsamer Zusammenarbeit die Lösung von Sachverhalten zu initiieren und Maßnahmen zur Prozesssicherheit umzusetzen. Dies funktioniert umso besser mit dem Motto: Aus der Praxis, für die Praxis.

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	EF14: CIRS Health Care

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Dr. Sebastian Kevekordes, Annette Barwich

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	36
Erläuterungen	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.

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	6
Erläuterungen	In der Abteilung ist zusätzlich eine Hygienetechnikerin und ein Klinikhygienebeauftragter Arzt beschäftigt.

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	108
Erläuterungen	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

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

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

E-Mail

bauermat@klilu.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen****Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor**

Auswahl

Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl

Ja

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

Auswahl

Ja

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

Auswahl

Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie**Leitlinie zur Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor

Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst

Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl

Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl

Ja

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

Auswahl

Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl

Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben

Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)

25

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen

Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)

136

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl

Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
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

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>HM01: Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/ Die Referenzdaten aller teilnehmenden Krankenhäuser sind auf der Homepage des Nationalen Referenzzentrums für Nosokomiale Infektionen verfügbar.</p>
2	<p>HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen 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, ONKO-KISS, OP-KISS. Das HAND-KISS ist mit der Bronze-Urkunde ausgezeichnet.</p>
3	<p>HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: Teilnahme am MRE-Netzwerk (Multiresistente Erreger) der Metropolregion Rhein-Neckar 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.</p>
4	<p>HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Zertifikat Bronze Das Klinikum Ludwigshafen besitzt das Zertifikat in "Bronze". Zusätzlich werden regelmäßig Aktionstage für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige durchgeführt.</p>
5	<p>HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich Die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung des Klinikums ist seit 2013 nach DIN EN ISO 13485 zertifiziert (Re-Zert. 2023). Die Überprüfung von Aufbereitung u. Sterilisation von Medizinprodukten erfolgt durch interne Audits sowie durch die jährlichen externen Überwachungs- und Zertifizierungsaudits.</p>
6	<p>HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: halbjährlich 1x jährlich: Pflichtschulung Hygiene für alle MA, hygieneverantwortliche MA Funktion & MFA, Fachkunde 2, OTA-Kurs, Impfseminar Ärzte 2x jährlich: hygienebeauftragte Ärzte & Pflegekräfte, Hygiene-Refresher-Kurs, Refresher-Kurs Aufbereitung MP, Sachkunde, Fachkunde 1</p>

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

- HAND-KISS
- ITS-KISS
- OP-KISS
- ONKO-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html Im Klinikum Ludwigshafen ist ein strukturiertes Lob- Beschwerdemanagement unter dem Namen "Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten" eingeführt. Patienten und ihre Angehörigen haben die Wahl persönlich, telefonisch, per E-Mail oder mittels eines Online-Formulars Kontakt zum Beschwerdemanagement aufzunehmen.
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html 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.
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html 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.
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja https://www.klilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html Nach Eingang einer schriftlichen Beschwerde bei der Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten erhält der Beschwerdeführer umgehend eine Empfangsbestätigung. Anschließend wird die eingegangene Beschwerde an die zuständigen Führungskräfte zur Klärung sowie der Bitte um Stellungnahme und Benennung mögl. Verbesserungsmaßnahmen weitergeleitet. Danach erhält der Beschwerdeführer eine abschließende Rückmeldung über die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten (KfP).
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja https://www.klilu.de/content/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html 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 durchschnittliche Bearbeitungszeit der Beschwerden lag im Jahr 2023 bei 2 Tagen.

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja https://www.kilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html Die Ansprechpartnerin der KfP nimmt Fragen, Wünsche, Anregungen, Lob u. Kritik von Patienten u. Angehörigen im persönlichen Austausch mit den Beschwerdeführern entgegen. Sie bearbeitet alle eingehenden Rückmeldungen. Die Mitarbeiter stehen den Patienten als 1. Ansprechpartner bei Rückmeldungen vor Ort zur Verfügung u. übermitteln bei Erfordernis zur Weiterbearbeitung an die KfP. Sie übernimmt eine vermittelnde Funktion und greift deeskalierend ein.
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja https://www.kilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html 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).
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja https://www.kilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/index_ger.html Anonyme Rückmeldungen können die Patienten entweder per Post direkt an die Kontaktstelle für Patientenanliegen oder über das Online-Kontaktformular auf der Homepage "Ihre Meinung" senden. Zudem stehen für eine anonyme Rückmeldung auch grüne Meinungs-Briefkästen im gesamten Haus bereit (z.B. an der Pforte und vor der Mitarbeiter-Cafeteria).
9	Patientenbefragungen	Ja https://www.kilu.de/patienten_besucher/ihr_aufenthalt/lob_feedback/befragung_patientenzufriedenheit/index_ger.html Es haben alle Patienten die Möglichkeit, an einer kontinuierlichen Patientenbefragung teilzunehmen. Außerdem erfolgen kontinuierlich spezielle 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 Patientengespräche während des stationären Aufenthaltes durch.
10	Einweiserbefragungen	Ja Einweiserbefragungen werden von der Stabsstelle Qualitätsmanagement, insbesondere in den Tumorzentren, durchgeführt. Hierbei werden die Erwartungen und Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte identifiziert.

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kontaktstelle für Patientenanliegen
Titel, Vorname, Name	Bianca Kautz
Telefon	0621 503 2388
Fax	0621 503 2064
E-Mail	feedback@kilu.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Susanne Herzog

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

Verantwortliches Gremium

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

In der Arzneimittelkommission sind alle Klinik- und Institutsdirektoren/innen, der Ärztlicher Direktor, sowie der Chefapotheker vertreten.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. Norbert Marxer
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	14
Erläuterungen	Beschäftigte Personengruppen (VK) in der Apotheke: Leitender Apotheker 1,00; Fachapotheker 1,74; Apotheker(in) 5,5; Fachärztin 0,5; PKA 5,09; PTA 4,29; Praktikant(in) 1,44; Auszubildende(r) (PKA) 1; Hilfskraft 1,00; Sachbearbeiter(in) 0,52; Gesamt 22,08

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden: Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ur-sprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung

angepassten Medikation. Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden. Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umsetzung von Hausmedikation Letzte Aktualisierung: 21.09.2023 Erläuterungen:
2	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
3	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA Arzneimittel Letzte Aktualisierung: 23.08.2023 Erläuterungen: 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
4	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
6	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
7	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
8	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
9	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
10	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
11	AS07: 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)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): Elektronische Unterstützung der Zytostatikaherstellung mittels Zenzy

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
- Sonstiges: Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen im Entlassbrief

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
Erläuterungen	Ein Konzept zum Schutz der Patienten liegt vor.

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen Angebot und Durchführung von spezifischen Schulungen (Beispiele für Inhalte: Nähe und Distanz, Kommunikationstraining/Konfliktfähigkeit, Früherkennung/Warnsignale Täterstrategien, Prävention von grenzverletzendem Verhalten, Deeskalation) E-Learning als Angebot
2	SK03: Aufklärung Aufklärung der Mitarbeiter über das bestehende Schutzkonzept; Schulung der Mitarbeiter (s. SK02 Fortbildung Mitarbeiter); Abgabe einer freiwilligen Selbstverpflichtungserklärung bei der Einstellung neuer Mitarbeiter; Abgabe einer freiwilligen Selbstauskunft von bereits angestellten Pflegekräften und Ärzten sowie von Ärzten, die regelmäßig Minderjährige behandeln; Hinweis auf Leitbild und Verhaltenskodex bei Neueinstellungen; Zurverfügungstellung von Informationsmaterialien an Mitarbeitende

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
3	SK04: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen Verhaltenskodex; VA Umgang mit Minderjährigen; SOP Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmissbrauch Letzte Überprüfung: 04.10.2023
4	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses als Voraussetzung der Einstellung; Pflege: alle neuen Mitarbeitenden, unabhängig davon, in welchen Bereichen sie eingesetzt werden; Ärztlicher Dienst: alle neuen Mitarbeitenden in der Frauenklinik, Augenklinik, HNO-Klinik, Urologie (Bereiche in denen die Möglichkeit besteht, dass Minderjährige behandelt werden könnten); Sozialdienst: alle neuen Mitarbeitenden; Abgabe einer freiwilligen Selbstverpflichtungserklärung bei der Einstellung
5	SK07: Sonstiges (Prävention) Meldeverfahren und Anlaufstellen für Übergriffe oder Verdachtsfälle/ Handlungs-Interventionsplan werden im Interventionsstufenplan definiert.
6	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik Flyer "Soforthilfe bei Vergewaltigung"

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)
2	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich
3	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja Gerät zur Gefäßdarstellung
4	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder
6	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse
7	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja ECMO Bei Patienten mit schwersten Formen des Lungenversagens (sog. ARDS) kommt die ECMO zum Einsatz. Der lebenswichtige Gasaustausch (O ₂ -Aufnahme und CO ₂ -Abgabe) erfolgt über einen sog. Membranoxygenator außerhalb des Körpers. Das Klinikum verfügt über 4 ECMO-Geräte.
8	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja Hirnstrommessung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
9	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck Integration in dem Panda-Wärmebett
10	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung
11	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden
12	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)
13	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik
14	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich Harnflussmessung
15	AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph	Ja
16	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße
17	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten Einsatz zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
18	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens
19	AA70 - Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Ja Bei einer mechanischen Thrombektomie wird das Blutgerinnsel mit einem Stent Retriever im betroffenen Gefäß eingefangen und entfernt. Die mechanische Thrombektomie ist besonders für Patienten geeignet, bei denen eine systemisch intravenöse Thrombolyse nicht möglich ist oder nicht angesprochen hat.
20	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System	Keine Angabe erforderlich Roboterassistiertes Chirurgie-System Einsatz des roboterassistierten Operations-Systems „Da Vinci“

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 Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

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-14.4 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- Teil



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0100] Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämato-Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)



Prof. Dr. med. Raoul Bergner



Prof. Dr. med. Peter Paschka

B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik A (Klinik für Innere Medizin, Hämato-Onkologie, Nephrologie, Infektiologie und Rheumatologie)

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin
2	0105 - Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie
3	0109 - Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
4	0500 - Hämatologie und internistische Onkologie

B-[0100].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor Rheumatologie und Nephrologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Raoul Bergner
Telefon	0621 503 3901
Fax	0621 503 3977
E-Mail	meda@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063

Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_innere_medizin_haemato_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheumatologie_med_klinik_a/index_ger.html
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Peter Paschka
Telefon	0621 503 3900
Fax	0621 503 3977
E-Mail	meda@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_innere_medizin_haemato_onkologie_nephrologie_infektiologie_und_rheumatologie_med_klinik_a/index_ger.html

B-[0100].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-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs, Magen-Darm-Krebs, Brustkrebs
2	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen z. B. autologe Stammzelltransplantation und Therapie akuter Leukämien, maligner Lymphome, multipler Myelome
3	VI45 - Stammzelltransplantation
4	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
5	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
6	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
7	VU15 - Dialyse Therapie mit Nierenersatzverfahren (Hämodialyse, CAPD, Hämofiltration) sowie mit Plasmapherese und Immunadsorption
8	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

#	Medizinische Leistungsangebote
9	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
10	VU00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von autoinflammatorischen Erkrankungen
11	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge VI38 - Palliativmedizin
12	Aufbau einer palliativmedizinischen Einheit mit Zentrierung der palliativmedizinischen Behandlung durch ein interdisziplinäres Team, lokalisiert auf 1 Station mit 6-8 Patient*innen, Übernahmeanfrage erfolgt per Konsil
13	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
14	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
17	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
18	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
19	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
20	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
21	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
22	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation VI20 - Intensivmedizin
23	Zusammen mit der Neurolog. Klinik, Med. Klinik B + C: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung, Dilatationstracheotomie, Hämodialyse/Hämofiltration (Med. Klinik A), Lungenersatzverfahren (ECMO), Herzlungenmaschine, Herzunterstützungssysteme VI27 - Spezialsprechstunde
24	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka (Hämatologie/Onkologie), Rheumatologische Ambulanz nach §116b SGB V, HIV Ambulanz, MVZ Innere Medizin (Gastroenterologie/Hepatologie, Hämato-Onkologie und Pneumologie), Interdisziplinäre Thoraxonkologische Zweitmeinungssprechstunde
25	VI42 - Transfusionsmedizin
26	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
27	VI40 - Schmerztherapie
28	VI37 - Onkologische Tagesklinik VP14 - Psychoonkologie
29	Das Angebot umfasst: emotionale Entlastung und Unterstützung während Ihrer Behandlung Unterstützung bei Ihrer Krankheitsverarbeitung Aktivierung und Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Ressourcen Imaginations- und Entspannungsverfahren Krisenintervention Infos über ambulante Unterstützung
30	VK00 - („Sonstiges“): Studienzentrum Rheumatologie/Nephrologie In nationalen und internationalen Phase II-IV-Studien werden Patientinnen und Patienten innovative Therapien angeboten, die sonst nicht verfügbar sind. Alternativ werden Therapiekombinationen zugelassener Wirkstoffe untersucht. Daneben werden auch Studien zu neuen Diagnoseverfahren durchgeführt.

#	Medizinische Leistungsangebote
31	<p>VK00 - („Sonstiges“): Studienzentrum Onkologie</p> <p>Der Schwerpunkt liegt auf der Durchführung von nationalen und internationalen Phase II-IV-Studien. Die meisten Studien dienen der Erforschung der Wirksamkeit von Therapien von neuen Medikamenten, aber auch von neuen Kombinationen schon bekannter Medikamente.</p>
32	<p>VI00 - („Sonstiges“): Regionales Shuntzentrum (Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge)</p> <p>Das Regionale Shuntzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Gesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG und DDG) zertifiziert. (Zertifikat gültig bis bis 18.12.2024)</p>
33	<p>VI00 - („Sonstiges“): Zentrum für Hämatologische Neoplasien</p> <p>Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).</p>
34	<p>VX00 - („Sonstiges“): Onkologisches Zentrum</p> <p>Das Onkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025). Mitglieder des OZ Lu sind die Organtumorzentren (Brust-, Darm-, Hauttumor-, Kopf-Hals-Tumor-, Magenkrebs-, Pankreaskarzinom-, Prostatakarzinomzentrum...s. Homepage)</p>
35	<p>VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)</p> <p>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</p>
36	<p>VX00 - („Sonstiges“): Kompetenzzentrum für Autoimmunerkrankungen</p> <p>Im Kompetenzzentrum für Autoimmunerkrankungen sind folgende Kliniken/Institute zusammengeschlossen: - Augenklinik - Hautklinik - Institut für Hämostaseologie und Transfusionsmedizin - Institut für Labormedizin - Institut für Pathologie - Med.A - Med.B - Med.C - Neurologische Klinik - Radiologie</p>
37	<p>VX00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatische Erkrankungen</p> <p>Leitung des Kernteams</p>
38	<p>VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore</p> <p>Mitglied im Kernteam</p>
39	<p>VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore</p> <p>Mitglied im Kernteam</p>
40	<p>VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore</p> <p>Mitglied im Kernteam</p>
41	<p>VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme</p> <p>Behandlung von Notfällen (24h)</p>

B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2007
Teilstationäre Fallzahl	870

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	103
2	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	86
3	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	77
4	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	69
5	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	59
6	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	47
7	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	39
8	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	39
9	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	37
10	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	33
11	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	32
12	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	30
13	M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	30
14	M05.90	Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	26
15	C83.1	Mantelzell-Lymphom	25
16	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	25
17	M31.3	Wegener-Granulomatose	24
18	C82.3	Follikuläres Lymphom Grad IIIa	23
19	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	20
20	E86	Volumenmangel	18
21	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	18
22	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	17
23	C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	16
24	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	16
25	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	15
26	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	15
27	M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	14
28	C83.7	Burkitt-Lymphom	13
29	D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	12
30	M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	12

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	171
2	C83	Nicht follikuläres Lymphom	153
3	N18	Chronische Nierenkrankheit	112
4	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	90
5	C92	Myeloische Leukämie	89
6	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	81
7	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	71
8	N17	Akutes Nierenversagen	65
9	M06	Sonstige chronische Polyarthritiden	49
10	C82	Follikuläres Lymphom	39
11	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	39
12	M05	Seropositive chronische Polyarthritiden	38
13	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	37
14	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	34
15	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	29
16	C91	Lymphatische Leukämie	27
17	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	25
18	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	24
19	D61	Sonstige aplastische Anämien	24
20	I50	Herzinsuffizienz	23
21	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	20
22	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	20
23	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	18
24	E86	Volumenmangel	18
25	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	16
26	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	15
27	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	14
28	D46	Myelodysplastische Syndrome	14
29	D86	Sarkoidose	13
30	C88	Bösartige immunproliferative Krankheiten	12

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	171
2	C92	Myeloische Leukämie	89
3	C92.1	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv	5
4	C91	Lymphatische Leukämie	27
5	C95	Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps	< 4
6	C95.1	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps	< 4
7	C93	Monozytenleukämie	< 4
8	C93.1	Chronische myelomonozytäre Leukämie	< 4
9	C94	Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps	< 4
10	C94.6	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar	< 4
11	C94.7	Sonstige näher bezeichnete Leukämien	< 4
12	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	37
13	M05	Seropositive chronische Polyarthritiden	38
14	M06	Sonstige chronische Polyarthritiden	49
15	M10	Gicht	12
16	M30	Vasculitiden: Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände	4
17	M30.1	PAN: Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	4
18	M31.0	Goodpasture: Hypersensitivitätsangiitis	< 4
19	M31	Vasculitiden: Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	81
20	M31.1	TMA: Thrombotische Mikroangiopathie	< 4
21	M31.3	GPA: Wegener-Granulomatose	24
22	M31.4	Takayasu-Syndrom; Aortenbogen-Syndrom	< 4
23	M31.5	RZA mit PMR: Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica	5
24	M31.6	RZA: Sonstige Riesenzellarteriitis	30
25	M31.7	MPA: Mikroskopische Polyangiitis	12
26	M31.8	Urticaria-Vasculitis: Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien	4
27	M32	Systemischer Lupus erythematodes	8
28	M33	Kollagenosen: Dermatomyositis-Polymyositis	< 4
29	M34	Kollagenosen: Systemische Sklerose	7
30	M35	Kollagenosen: Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	34
31	M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	10
32	M35.1	Overlap-Syndrome	14
33	M35.2	Behçet-Krankheit	< 4

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
34	M35.3	Polymyalgia rheumatica	6
35	M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	< 4
36	M35.9	n.n. bezeichnet (undiff. Kollagenose)	< 4
37	M45	Spondylitis ankylosans	6
38	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	< 4
39	M86	Osteomyelitis	< 4
40	D86	Sarkoidose	13
41	C83	Nicht folliculäres Lymphom	153
42	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	7
43	C82	Folliculäres Lymphom	39
44	C88	Bösartige immunproliferative Krankheiten	12
45	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	90
46	E85	Amyloidose	6
47	D46	Myelodysplastische Syndrome	14
48	D47	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	31
49	D47.0	Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekanntem Verhaltens	< 4
50	D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit	< 4
51	D47.2	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	< 4
52	D47.3	Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie	< 4
53	D47.4	Osteomyelofibrose	5
54	D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]	< 4
55	D59	Erworbene hämolytische Anämien	9
56	D45	Polycythaemia vera	< 4

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	3750
2	1-859.x	Andere diagnostische Punktion und Aspiration: Sonstige	2365
3	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1410
4	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	627
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	603
6	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	496
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	484

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	376
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	332
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	301
11	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	291
12	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	278
13	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	238
14	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	236
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	231
16	8-821.2	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	224
17	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	213
18	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	200
19	8-821.0	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Immunadsorption mit nicht regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen	168
20	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	159
21	8-543.13	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	124
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	123
23	1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	106
24	1-941.0	Komplexe Diagnostik bei Leukämien: Komplexe Diagnostik ohne HLA-Typisierung	88
25	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	80
26	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	73
27	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	73
28	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	72
29	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	70
30	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	67

B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Hämodialyse	4042
2	1-859	Andere diagnostische Punktion und Aspiration	2367
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	1840
4	8-855	Hämodiafiltration	1423
5	8-547	Andere Immuntherapie	1041
6	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	786
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	543
8	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	392
9	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	376
10	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	354
11	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	314
12	8-857	Peritonealdialyse	309
13	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	258
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	249
15	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	233
16	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	135
17	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	106
18	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	99
19	1-941	Komplexe Diagnostik bei Leukämien	93
20	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	80
21	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	78
22	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	76
23	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	73
24	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	73
25	6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	65
26	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	63
27	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	52
28	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	48
29	6-00c	Applikation von Medikamenten, Liste 12	40
30	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	36

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-410	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark und peripherem Blut zur Transplantation und von peripheren Blutzellen zur Transfusion	10
2	8-805	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen	16
3	1-941	Komplexe Diagnostik bei Leukämien	93
4	1-991	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]	< 4
5	1-995	(Gezielte) Analyse genetischer Veränderungen in soliden bösartigen Neubildungen	< 4
6	1-996	Hochdurchsatz-Sequenzierungsverfahren [NGS] zur Analyse genetischer Veränderungen bei/in soliden bösartigen Neubildungen	< 4
7	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	52
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	99
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	543
10	8-820	Therapeutische Plasmapherese	25
11	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	36
12	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	< 4
13	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	376
14	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	30
15	1-859	Andere diagnostische Punktion und Aspiration	2367
16	1-425	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus	33
17	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	21
18	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
19	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	249
20	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	13
21	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	12

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka
2	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen (Rheumatologische Ambulanz) Leitung des Kernteams Schwerpunkt: schwere Systemerkrankungen wie z.B. Lupus erythematodes, Sklerodermie, Vaskulitiden

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	HIV-Ambulanz Als eine von nur wenigen Kliniken in Rheinland-Pfalz verfügt die Med. A über eine HIV-Ambulanz. Es werden Patienten in allen Stadien der Erkrankung beraten und behandelt. Die Patienten werden von einem interdisziplinären Team betreut.
4	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Fachbereich Innere Medizin Gastroenterologie/Hepatology, Hämato-Onkologie und Pneumologie
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Mitglied im Kernteam
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Mitglied im Kernteam
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Mitglied im Kernteam
8	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Interdisziplinäre Thoraxonkologische Zweitmeinungssprechstunde (Lungenkrebs) Nach eingehender Prüfung der Vorbefunde, Diagnose und Therapiepläne sprechen die Spezialisten für thoraxonkologische Fälle eine Empfehlung aus.
9	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	HIV-Ambulanz	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
2	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
3	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
4	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
5	Privatärztliche Ambulanz Prof. Dr. Paschka	VI38 - Palliativmedizin
6	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
7	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
8	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
9	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

#	Ambulanz	Leistung
10	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
11	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
12	MVZ Fachbereich Innere Medizin	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen (Rheumatologische Ambulanz)	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen
2	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
3	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
4	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	27,56	Fälle je VK/Person	77,31125	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	27,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,6	Stationär	25,96

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	15,99	Fälle je VK/Person	139,860626	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,64	Stationär	14,35

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
3	AQ31 - Innere Medizin und Rheumatologie
4	AQ29 - Innere Medizin und Nephrologie

#	Facharztbezeichnungen
5	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF14 - Infektiologie

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		49,82	Fälle je VK/Person	41,79508
Beschäftigungsverhältnis	Mit	49,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,8	Stationär	48,02

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,63	Fälle je VK/Person	552,8925
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,63

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,68	Fälle je VK/Person	545,380432
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,68

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,71	Fälle je VK/Person	2826,76074
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,71

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,74	Fälle je VK/Person	732,48175
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,74

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		16,99	Fälle je VK/Person	133,889267
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	14,99

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ02 - Diplom
3	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
5	PQ07 - Pflege in der Onkologie
6	PQ06 - Master
7	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
8	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
9	PQ12 - Notfallpflege
10	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
11	PQ20 - Praxisanleitung
12	PQ22 - Intermediate Care Pflege

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP02 - Bobath
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP07 - Geriatrie
8	ZP16 - Wundmanagement
9	ZP18 - Dekubitusmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP23 - Breast Care Nurse
12	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[0300] Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)



Prof. Dr. med. Ralf Zahn

B-[0300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik B (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin)

B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3601 - Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2	0300 - Kardiologie
3	0800 - Pneumologie

B-[0300].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ralf Zahn
Telefon	0621 503 4001
Fax	0621 503 4044
E-Mail	medb@klilu.de
Strasse	Bremsenstr.
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_internistische_inten

B-[0300].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-[0300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
4	VX00 - („Sonstiges“): Transkutaner Aortenklappenersatz Mitral- und Trikuspidalklappenklappenreparatur mittels Edge-to-Edge Verfahren (TEER)
5	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
6	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation Betreut werden Patienten nach Herztransplantationen
7	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren Nicht invasives Verfahren zur Klärung des Vorliegens einer koronaren Herzkrankheit CardioCT in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
8	VA00 - („Sonstiges“): Versorgung von Erkrankungen der thorakalen Aorta
9	VI00 - („Sonstiges“): Herzkatheter Diagnostik: Darstellung d. Herzkranzgefäße, Druckmessung i. d. Herzkammern, Therapie: Aufdehnung verengter Herzkranzgefäße, z.T. mit Implantation einer Gefäßstütze, Vorhofsohrverschluss, Kathetergestützte Implantation v. künstl. Herzklappen, Verschluss angeb. Defekte d. Herzscheidewand
10	VR02 - Native Sonographie Herz (auch über Speiseröhre sowie unter Belastung), Gefäße, Brustkorb
11	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
12	VR04 - Duplexsonographie
13	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
14	VR06 - Endosonographie Herz, Mediastinum
15	VX00 - („Sonstiges“): Perkutane Ballonvalvuloplastie der Aorten- und Mitralklappe
16	VX00 - („Sonstiges“): Renale Denervation
17	VX00 - („Sonstiges“): Perkutaner Verschluss des linken Vorhofohrs VI00 - („Sonstiges“): TEER - Transkatheter „Edge-to-Edge Repair“ der Mitral- oder Trikuspidalklappe
18	Kathetergeführtes Verfahren zur Behandlung der hochgradigen symptomatischen Undichtigkeit der Mitral- oder Trikuspidalklappe (Mitral- oder Trikuspidalklappeninsuffizienz).

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
20	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
21	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
22	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen Lungen- und Rippenfelltumore
23	VI35 - Endoskopie Lungenspiegelung und Brustraumspiegelung
24	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen Verödung von Strukturen am Herzen, die Rhythmusstörungen auslösen, Behandlung von Rhythmusstörungen mit Schrittmachersystemen
25	VI34 - Elektrophysiologie
26	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
27	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin Insbesondere Schlafapnoesyndrom
28	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
29	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
30	VR15 - Arteriographie In der Abteilung werden Arteriographien der Aorta (Hauptschlagader) und der Carotiden (Halsschlagadern) durchgeführt. Verödung von Strukturen im Bereich der Nierenschlagader im Rahmen der Blutdrucktherapie
31	VR16 - Phlebographie
32	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel Von Herz und Lunge in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.
33	VX00 - („Sonstiges“): Perkutane Kreislauftunterstützungssysteme (ECMO, Impella, IABP)
34	VI27 - Spezialsprechstunde kardiologische Privatambulanz, Arrhythmie-Ambulanz, Pneumologische Sprechstunde, Schlaflabor
35	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
36	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
37	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Mitglied im Kernteam
38	VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)
39	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut

Medizinische Leistungsangebote

- VI00 - („Sonstiges“): Chest Pain Unit (CPU) zur Behandlung von Patienten mit Brustschmerz
- 40 Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Zertifikat gültig bis 03.01.2028).
- VX00 - („Sonstiges“): Überregionales Heart Failure Unit (HFU) Zentrum zur Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz
- 41 Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) (Zertifikat gültig bis 09.02.2028).
- VI00 - („Sonstiges“): Interventionelle Kardiologie
- 42 Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Zertifikat gültig bis 04.04.2026).Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
- VI00 - („Sonstiges“): Spezielle Rhythmologie
- 43 Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) Zertifizierung gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
- VI20 - Intensivmedizin
- 44 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
- VI00 - („Sonstiges“): Allgemeine Notfallmedizin
- 45 Koordination des Notarztwagens, hausinterner Reanimationsdienst, Qualifikation mehrerer Ärzte als "Leitender Notarzt"
- VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
- 46 Behandlung von Notfällen (24h)

B-[0300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5985
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	419
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	404
3	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	267
4	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	222
5	I35.0	Aortenklappenstenose	208
6	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	178
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	176
8	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	129
9	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	124

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
10	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	124
11	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	114
12	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	106
13	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	101
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	99
15	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	93
16	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	86
17	R55	Synkope und Kollaps	70
18	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	70
19	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	70
20	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	67
21	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	51
22	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	50
23	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	49
24	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	49
25	I48.3	Vorhofflattern, typisch	49
26	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	47
27	G47.38	Sonstige Schlafapnoe	45
28	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	43
29	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	43
30	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	42

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	784
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	614
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	563
4	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	408
5	I20	Angina pectoris	304
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	300
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	236
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	158
9	G47	Schlafstörungen	153

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
10	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	130
11	I47	Paroxysmale Tachykardie	130
12	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	116
13	I26	Lungenembolie	93
14	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	79
15	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	71
16	R55	Synkope und Kollaps	70
17	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	55
18	R07	Hals- und Brustschmerzen	55
19	I11	Hypertensive Herzkrankheit	52
20	J45	Asthma bronchiale	49
21	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	49
22	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	47
23	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	45
24	D38	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	43
25	I42	Kardiomyopathie	41
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	39
27	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	39
28	R06	Störungen der Atmung	39
29	J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	38
30	R94	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen	37

B-[0300].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	50
2	I34.1	Mitralklappenprolaps	< 4
3	I35.0	Aortenklappenstenose	208
4	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	22
5	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	178
6	I36	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	11
7	I36.0	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose	< 4
8	I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	11

B-[0300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2318
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2247
3	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1875
4	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1024
5	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	1003
6	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	908
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	875
8	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	848
9	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	778
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	686
11	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	660
12	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	563
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	492
14	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	440
15	1-790	Polysomnographie	435
16	1-207.1	Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	432
17	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	420
18	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	412
19	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	407
20	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	393
21	1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige	384
22	5-35a.05	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär	360
23	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	356
24	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	353

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	8-701	Einfache endotracheale Intubation	294
26	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	292
27	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	283
28	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	278
29	1-274.30	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel	263
30	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	260

B-[0300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2318
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2247
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2008
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	1950
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1931
6	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1875
7	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1419
8	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1153
9	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	1003
10	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1001
11	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	875
12	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	830
13	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	711
14	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	658
15	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	549
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	539
17	1-268	Kardiales Mapping	468
18	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	461
19	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	445
20	1-790	Polysomnographie	435
21	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	432
22	5-35b	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen	405

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	5-35a	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen	404
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	401
25	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	326
26	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	320
27	8-701	Einfache endotracheale Intubation	294
28	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	279
29	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	278
30	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	221

B-[0300].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-35a	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen	404
2	5-35a.05	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär	360
3	5-35b.12	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen: Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Aortenklappenersatz: Anwendung eines primär selbstexpandierenden Implantates	218
4	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	252
5	1-265.4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalen QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien	80
6	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	711
7	8-835.a5	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Kryoablation: Pulmonalvenen	185
8	8-835.21	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: AV-Knoten	54
9	8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	67

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte Behandlung durch den Chefarzt oder einen Oberarzt
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Arrhythmie-Ambulanz Überweisung durch niedergelassene Fachärzte

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Innere Medizin Pneumologische Sprechstunde
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Mitglied im Kernteam
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
8	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schlaf Labor 3 Polysomnographieplätzen zum diagnostizieren und therapieren von Patienten mit obstruktiver oder zentraler Schlafapnoe
9	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Arrhythmie-Ambulanz	VI00 - („Sonstiges“): Schrittmacher- und Defibrillatorkontrollen
2	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI00 - („Sonstiges“): Herzklappenfehler: Behandlung und Intervention
3	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
5	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
6	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
7	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
8	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
9	Kardiologische privatärztliche Ambulanz des Chefarztes/der leitenden Oberärzte	VI34 - Elektrophysiologie

B-[0300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen
2	ASV Gastrointestinale Tumore	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
3	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
4	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

B-[0300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	125
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	109
3	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	38
4	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	35
5	5-378.55	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	28
6	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	27
7	5-377.31	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation	16
8	1-279.A	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	14
9	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	11
10	5-378.5C	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	10
11	5-378.5F	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	9
12	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	9
13	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	6

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
14	5-377.1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	6
15	5-378.5B	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	4
16	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
17	5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
18	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
19	5-378.42	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
20	5-378.5D	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	< 4
21	5-378.5A	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	< 4
22	5-377.2	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde	< 4
23	5-378.4B	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	< 4

B-[0300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	278
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	103
3	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	35
4	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	32
5	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	14

B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0300].11 Personelle Ausstattung**B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	41,43	Fälle je VK/Person	150,793655
Beschäftigungsverhältnis	Mit 40,99	Ohne	0,44
Versorgungsform	Ambulant 1,74	Stationär	39,69

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	21,05	Fälle je VK/Person	308,187439
Beschäftigungsverhältnis	Mit 20,61	Ohne	0,44
Versorgungsform	Ambulant 1,63	Stationär	19,42

B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ24 - Innere Medizin und Angiologie
3	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
4	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF14 - Infektiologie
4	ZF39 - Schlafmedizin

B-[0300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	164,15	Fälle je VK/Person	40,69214
Beschäftigungsverhältnis	Mit 164,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 17,07	Stationär	147,08

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	4,12	Fälle je VK/Person	1452,66992
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	4,12

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,42	Fälle je VK/Person	574,3762
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,42

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,53	Fälle je VK/Person	2365,61255
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,53

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		6,58	Fälle je VK/Person	909,574463
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,58

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,93	Fälle je VK/Person	6435,484
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,93

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	19950
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		25,75	Fälle je VK/Person	362,507568
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	9,24	Stationär	16,51

B-[0300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ20 - Praxisanleitung
8	PQ01 - Bachelor

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
9	PQ02 - Diplom
10	PQ06 - Master
11	PQ07 - Pflege in der Onkologie
12	PQ13 - Hygienefachkraft
13	PQ21 - Casemanagement
14	PQ22 - Intermediate Care Pflege

B-[0300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP06 - Ernährungsmanagement
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP14 - Schmerzmanagement
8	ZP16 - Wundmanagement
9	ZP20 - Palliative Care
10	ZP23 - Breast Care Nurse
11	ZP24 - Deeskalationstraining
12	ZP02 - Bobath
13	ZP18 - Dekubitusmanagement

B-[0700] Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Infektiologie und Diabetologie)



Prof. Dr. med. Ralf Jakobs

B-[0700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik C (Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie, Infektiologie und Diabetologie)

B-[0700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0700 - Gastroenterologie

B-[0700].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ralf Jakobs
Telefon	0621 503 4100
Fax	0621 503 4114
E-Mail	medclu@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/klinik_fuer_gastroenterologie_infektiologie_diabetologie_und_gastrointestinale_onkologie_med_klinik_c/index_ger.html

B-[0700].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-[0700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) Magenspiegelung, Dickdarmspiegelung, Endoskopische Ultraschalluntersuchung, H2-Atemtest, C13- Atemtest
2	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
3	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
4	VI35 - Endoskopie Kapselendoskopie, Ballonendoskopie
5	VR06 - Endosonographie
6	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
7	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
8	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
9	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
10	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
11	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
12	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
13	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
14	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
15	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
16	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
17	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
18	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
19	VI38 - Palliativmedizin
20	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren Cholangiografie
21	VR02 - Native Sonographie
22	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
23	VR04 - Duplexsonographie
24	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel

#	Medizinische Leistungsangebote
25	<p>VI20 - Intensivmedizin</p> <p>Zusammen mit der Neurolog. Klinik, Med. Klinik A + B: 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze. Möglichkeit d. nichtinvasiven u. invasiven Beatmung, Dilatationstracheotomie, Hämodialyse/Hämofiltration (Med. Klinik A), Lungenersatzverfahren (ECMO), Herzlungenmaschine, Herzunterstützungssysteme</p>
26	<p>VH23 - Spezialsprechstunde</p> <p>Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Diabetische Fußambulanz, MVZ Gastroenterologie/Hepatologie, Hämato-Onkologie und Pneumologie, AOP Endoskopie (ambulante Koloskopien und andere ambulante enterologische Eingriffe), Kontinenzsprechstunde</p>
27	<p>VK00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore</p> <p>Leitung des Kernteams; Durchführung endoskopischer Eingriffe</p>
28	<p>VX00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen</p> <p>Hinzuzuziehendes Institut</p>
29	<p>VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore</p> <p>Hinzuzuziehendes Institut</p>
30	<p>VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore</p> <p>Hinzuzuziehendes Institut</p>
31	<p>VX00 - („Sonstiges“): Viszeralonkologisches Zentrum (Darm-, Magen-, Pankreaskarzinomzentrum)</p> <p>Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).</p>
32	<p>VX00 - („Sonstiges“): Diabeteszentrum</p> <p>Stationäre Behandlungseinrichtung für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG (Zertifikat gültig bis 30.12.2026).</p>
33	<p>VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum</p> <p>Folgende Kliniken und Institute arbeiten im Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum zusammen: Urologische Klinik, Gynäkologie, Chir. A, Med. C, Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Klinik für Neurologie, Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie</p>
34	<p>VX00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)</p> <p>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</p>
35	<p>VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme</p> <p>Behandlung von Notfällen (24h)</p>

B-[0700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3029
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	96
2	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	68
3	C22.0	Leberzellkarzinom	63
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	61
5	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	58
6	K83.1	Verschluss des Gallenganges	57
7	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	55
8	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	51
9	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	50
10	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	48
11	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	47
12	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	44
13	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	37
14	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	35
15	K22.2	Ösophagusverschluss	33
16	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	33
17	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	33
18	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	31
19	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	29
20	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	29
21	K63.5	Polyp des Kolons	28
22	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	28
23	K86.18	Sonstige chronische Pankreatitis	28
24	K92.1	Meläna	27
25	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	25
26	D12.5	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum	25
27	D12.6	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	25
28	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	23
29	K29.6	Sonstige Gastritis	22
30	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardial	22

B-[0700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	171
2	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	142
3	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	120
4	K70	Alkoholische Leberkrankheit	107
5	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	99
6	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	96
7	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	85
8	K85	Akute Pankreatitis	85
9	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	84
10	K29	Gastritis und Duodenitis	84
11	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	78
12	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	73
13	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	69
14	D50	Eisenmangelanämie	66
15	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	65
16	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	61
17	C16	Bösartige Neubildung des Magens	60
18	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	47
19	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	47
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	47
21	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	46
22	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	45
23	K26	Ulcus duodeni	41
24	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	40
25	K57	Divertikulose des Darmes	40
26	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	39
27	D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	38
28	K25	Ulcus ventriculi	37
29	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	34
30	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	32

B-[0700].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	K22.0	Achalasie der Kardia	14
2	K22.5	Divertikel des Ösophagus, erworben	9
3	K80	Cholelithiasis- Gallensteine	171
4	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	142
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	120
6	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	85
7	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	78
8	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	73
9	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	61
10	C16	Bösartige Neubildung des Magens	60

B-[0700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	2931
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	925
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	710
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	424
5	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	374
6	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	327
7	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	324
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	282
9	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	282
10	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	258
11	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	241
12	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	241
13	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	234
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	229
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	215
16	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	197
17	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	182
18	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	181

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	168
20	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	155
21	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	148
22	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	143
23	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	142
24	3-055.1	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Leber	136
25	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	134
26	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	132
27	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	127
28	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	127
29	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	124
30	5-449.d3	Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch	119

B-[0700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2993
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1160
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1125
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	898
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	839
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	692
7	5-469	Andere Operationen am Darm	639
8	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	510
9	3-056	Endosonographie des Pankreas	424
10	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	328
11	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	325
12	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	324
13	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	324
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	236
15	5-449	Andere Operationen am Magen	215
16	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	197

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	182
18	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	169
19	1-654	Diagnostische Rektoskopie	168
20	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	155
21	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	150
22	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	137
23	5-431	Gastrostomie	131
24	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	118
25	1-636	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)	102
26	3-054	Endosonographie des Duodenums	98
27	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	91
28	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	90
29	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	90
30	5-514	Andere Operationen an den Gallengängen	85

B-[0700].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2993
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1160
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1125
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	898
5	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	692
6	5-469	Andere Operationen am Darm	639
7	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	510
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	424
9	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	328
10	5-916.a4	Schwammtherapie mit dem EndoSpongesystem	14
11	8-190.2	Bestandteil der Schwammtherapie: Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie	6
12	8-190.3	Bestandteil der Schwammtherapie: Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie	< 4

B-[0700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde Die Kontinenzsprechstunde der Med. Klinik C ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Diabetische Fußambulanz
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin Schwerpunkt: Gastroenterologie/Hepatology, von anderen Fachärzten werden die Bereiche Hämato-Onkologie und Pneumologie abgedeckt
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Onkologie Leitung des Kernteams Die Versorgung von Tumoren des Bauchraums und der Bauchorgane betrifft Krebserkrankungen des gesamten Verdauungstraktes, aber auch der Schilddrüse.
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
8	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
9	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[0700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Kontinenzsprechstunde	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

#	Ambulanz	Leistung
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
7	Diabetische Fußambulanz	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
9	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin	VR02 - Native Sonographie
10	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
11	MVZ des Klinikums Fachbereich Innere Medizin	VR00 - („Sonstiges“): Elastografie

B-[0700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Gastrointestinale Onkologie	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
2	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
3	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen
4	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

B-[0700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	326
2	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	79
3	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	72
4	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	65
5	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	44
6	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	43
7	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	41
8	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	27
9	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	20
10	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	20

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-513.B	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	16
12	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	16
13	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	13
14	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	12
15	8-123.1	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung	9
16	8-123.0	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel	9
17	5-422.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation	5
18	5-526.B	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Entfernung von alloplastischem Material	4
19	5-452.82	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation	< 4
20	1-440.6	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Gallengänge	< 4
21	5-526.21	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	< 4
22	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	< 4
23	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	< 4
24	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	< 4
25	5-493.00	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 1 Hämorrhoid	< 4
26	1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	< 4
27	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	< 4

B-[0700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	414
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	208
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	87
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	38
5	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	27
6	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	18
7	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	13
8	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	12
9	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	6
10	5-422	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus	5

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
12	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4
13	5-431	Gastrostomie	< 4
14	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4

B-[0700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0700].11 Personelle Ausstattung

B-[0700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	25,15	Fälle je VK/Person	131,9251
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,15	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	2,19	Stationär 22,96

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,82	Fälle je VK/Person	398,0289
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,82	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	2,21	Stationär 7,61

B-[0700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
3	AQ75 - Innere Medizin und Infektiologie

B-[0700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF07 - Diabetologie
2	ZF09 - Geriatrie
3	ZF14 - Infektiologie
4	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
5	ZF28 - Notfallmedizin
6	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
7	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)
8	ZF30 - Palliativmedizin

B-[0700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	48,64	Fälle je VK/Person	63,62109	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	48,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,03	Stationär	47,61

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	2,73	Fälle je VK/Person	1109,5238	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,73

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	2,29	Fälle je VK/Person	1322,7074	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,29

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,74	Fälle je VK/Person	4093,24316	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,74

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	13	Fälle je VK/Person	252,416672	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	12

B-[0700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ07 - Pflege in der Onkologie
5	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
7	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ20 - Praxisanleitung

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 10 PQ22 - Intermediate Care Pflege
- 11 PQ06 - Master
- 12 PQ21 - Casemanagement

B-[0700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP03 - Diabetes
- 3 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 4 ZP07 - Geriatrie
- 5 ZP08 - Kinästhetik
- 6 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 7 ZP16 - Wundmanagement
- 8 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 9 ZP23 - Breast Care Nurse
- 10 ZP24 - Deeskalationstraining
- 11 ZP02 - Bobath
- 12 ZP20 - Palliative Care



B-[1500] Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)



Prof. Dr. med. Stefan Willis



Dr. med. Konstantina Storz



Dr. med. Heike Zabeck

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Chirurgische Klinik A (Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie Chirurgische Intensivmedizin)

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie
2	1520 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

B-[1500].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor mit den Schwerpunkten Allgemein- und Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Stefan Willis
Telefon	0621 503 3151

Fax	0621 503 3184
E-Mail	cha@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie_chirurgie_a/index_ger.html

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Thoraxchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Konstantina Storz
Telefon	0621 503 3159
Fax	0621 503 3184
E-Mail	gz-cha@klilu.de
Strasse	Bremserstraße
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie_chirurgie_a/thoraxchirurgie/index_ger.html

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Thoraxchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Heike Zabeck
Telefon	0621 503 3159
Fax	0621 503 3184
E-Mail	gz-cha@klilu.de
Strasse	Bremserstraße
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/allgemein_viszeral_und_thoraxchirurgie_chirurgie_a/thoraxchirurgie/index_ger.html

B-[1500].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-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
3	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
4	VC21 - Endokrine Chirurgie
5	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
6	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
7	VC24 - Tumorchirurgie Metastasenchirurgie
8	VC62 - Portimplantation
9	VC05 - Schrittmachereingriffe
10	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
11	VC11 - Lungenchirurgie
12	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
13	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
14	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
15	VC59 - Mediastinoskopie
16	VX00 - („Sonstiges“): Fremdkörperentfernungen
17	VG07 - Inkontinenzchirurgie
18	VH26 - Laserchirurgie
19	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
20	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
21	VD20 - Wundheilungsstörungen
22	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
23	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
24	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
25	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
26	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
27	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

#	Medizinische Leistungsangebote
28	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
29	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
30	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
31	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
32	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
33	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
34	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
35	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
36	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
37	VI38 - Palliativmedizin
38	VI40 - Schmerztherapie
39	VI42 - Transfusionsmedizin
40	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
41	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
42	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
43	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
44	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
45	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
46	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
47	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
48	VC63 - Amputationschirurgie
49	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
50	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
51	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von sonstigen Verletzungen
52	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
53	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Thorax
54	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
55	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
56	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Halses
57	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
58	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Kopfes
59	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
60	VR02 - Native Sonographie
61	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie

#	Medizinische Leistungsangebote
62	VR04 - Duplexsonographie
63	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
64	VR06 - Endosonographie
65	VH23 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Unfallchirurgie/D-Arzt, Arbeitsunfälle, Kontinenz, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Proktologie, Interdisziplinäre Thoraxonkologische Zweitmeinungssprechstunde, Zentrum für Ambulantes Operationen (ZAO)
66	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Mitglied im Kernteam
67	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
68	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
69	VX00 - („Sonstiges“): Viszeralonkologische Zentrum (Darm-, Magen- und Pankreaskarzinomzentrum) Das Viszeralonkologische Zentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).
70	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)
71	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
72	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2454
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	121
2	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	81
3	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	74
4	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	64
5	K61.0	Analabszess	59
6	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	57

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	49
8	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	46
9	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	44
10	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	44
11	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	38
12	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	37
13	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	37
14	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	36
15	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	32
16	S06.0	Gehirnerschütterung	31
17	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	30
18	K81.0	Akute Cholezystitis	27
19	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	27
20	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	26
21	C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	24
22	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	24
23	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	22
24	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	22
25	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	22
26	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	21
27	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	21
28	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	20
29	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	20
30	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	19

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	245
2	K40	Hernia inguinalis	146
3	K57	Divertikulose des Darmes	142
4	K35	Akute Appendizitis	99
5	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	84
6	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	80
7	E04	Sonstige nichttoxische Struma	79

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	73
9	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	69
10	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	69
11	K43	Hernia ventralis	67
12	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	60
13	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	59
14	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	52
15	L03	Phlegmone	43
16	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	38
17	S06	Intrakranielle Verletzung	37
18	J86	Pyothorax	34
19	K81	Cholezystitis	34
20	K42	Hernia umbilicalis	34
21	C16	Bösartige Neubildung des Magens	33
22	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	27
23	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	25
24	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	25
25	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	23
26	J93	Pneumothorax	23
27	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	20
28	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	20
29	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	19
30	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	17

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	84
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	73
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	38
4	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	14
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	27
6	C16	Bösartige Neubildung des Magens	33
7	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	20

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	261
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	194
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	181
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	127
5	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	120
6	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	101
7	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	100
8	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	96
9	5-344.40	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	90
10	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	87
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	79
12	5-340.b	Inzision von Brustwand und Pleura: Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, thorakoskopisch	74
13	5-983	Reoperation	66
14	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	66
15	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	65
16	1-691.0	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie: Thorakoskopie	63
17	5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge	62
18	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	61
19	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	57
20	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	56
21	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	53
22	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	53
23	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	50
24	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	49

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	48
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	47
27	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	46
28	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	44
29	5-455.41	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	42
30	5-333.1	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, thorakoskopisch	41

B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	494
2	5-511	Cholezystektomie	359
3	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	201
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	194
5	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	171
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	153
7	5-469	Andere Operationen am Darm	132
8	5-344	Pleurektomie	130
9	5-470	Appendektomie	113
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	112
11	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	103
12	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	102
13	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	101
14	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	98
15	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	97
16	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	95
17	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	89
18	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	86
19	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	86
20	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	77
21	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	71
22	5-333	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand	70
23	5-454	Resektion des Dünndarmes	69

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
24	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	68
25	5-983	Reoperation	66
26	1-691	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie	66
27	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	63
28	5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	60
29	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	60
30	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	57

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	171
2	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	32
3	5-324	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	45
4	5-524	Partielle Resektion des Pankreas	33
5	5-501	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)	48
6	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	23
7	5-426	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität	20
8	5-502	Anatomische (typische) Leberresektion	22
9	5-323	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge	22
10	5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	8

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Allgemein-/Viszeralchirurgie
3	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt-Fälle
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Thoraxchirurgie
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Mitglied im Kernteam
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
8	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde Die Kontinenzsprechstunde der Chirurgischen Klinik A ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.
9	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Proktologie
10	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
2	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
3	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
4	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VC24 - Tumorchirurgie
5	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VX00 - („Sonstiges“): Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
6	Allgemein-/Viszeralchirurgie	VX00 - („Sonstiges“): NGEN: Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein- und thoraxchirurgischen Erkrankungen
7	Kontinenzsprechstunde	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
8	D-Arzt-Fälle	VC00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Arbeitsunfällen
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Prästationäre Diagnostik und postoperative Behandlung von allgemein-, thorax- und viszeralchirurgischen Erkrankungen
10	Thoraxchirurgie	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik und postoperative Behandlung von thoraxchirurgischen Erkrankungen
11	Proktologie	VC58 - Spezialsprechstunde

B-[1500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
2	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
3	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	39
2	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	35
3	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	28
4	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	24
5	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	17
6	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	9
7	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	5
8	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	4
9	1-502.0	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Hals	4
10	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	4
11	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	< 4
12	5-534.35	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	< 4
13	5-531.31	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	< 4
14	1-502.5	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel	< 4
15	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
16	5-530.34	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	< 4
17	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
18	5-530.73	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
19	5-491.12	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Transsphinktar	< 4
20	5-482.10	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Submuköse Exzision: Peranal	< 4
21	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	< 4
22	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
23	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
24	5-385.80	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	< 4
25	5-392.2	Anlegen eines arteriovenösen Shunttes: Innere AV-Fistel mit allogenen Material	< 4
26	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	< 4
27	5-534.34	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	< 4
28	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	< 4
29	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	< 4
30	1-502.6	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	< 4

B-[1500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	74
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	55
3	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	24
4	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	16
5	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	5
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	4
7	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	4
8	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
9	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	< 4
10	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
11	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
12	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
13	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
14	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
15	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
16	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
17	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
18	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	< 4
19	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunttes	< 4
20	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	< 4
21	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	< 4
22	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4

B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung**B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	23,39	Fälle je VK/Person	107,068062	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,47	Stationär	22,92

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	14,85	Fälle je VK/Person	168,082184	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	14,6

B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ12 - Thoraxchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
2	ZF15 - Intensivmedizin Chirurgische Intensivmedizin
3	ZF34 - Proktologie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	44,16	Fälle je VK/Person	59,62099	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	44,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3	Stationär	41,16

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	3,94	Fälle je VK/Person	622,842651
--------	------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,94

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,73	Fälle je VK/Person	657,9088
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,73

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1,35	Fälle je VK/Person	1817,77771
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,35

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,37	Fälle je VK/Person	1035,44312
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,37

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,36	Fälle je VK/Person	486,9048
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,32	Stationär	5,04

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,83	Fälle je VK/Person	2956,62646
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,83

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,76	Fälle je VK/Person	426,041656
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	5,76

B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ07 - Pflege in der Onkologie
5	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
8	PQ20 - Praxisanleitung
9	PQ22 - Intermediate Care Pflege
10	PQ02 - Diplom
11	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
12	PQ13 - Hygienefachkraft
13	PQ21 - Casemanagement

B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP07 - Geriatrie
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP14 - Schmerzmanagement
6	ZP15 - Stomamanagement
7	ZP16 - Wundmanagement
8	ZP20 - Palliative Care
9	ZP02 - Bobath
10	ZP03 - Diabetes
11	ZP06 - Ernährungsmanagement
12	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[1518] Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)

Dr. med. Clemens Kühner

B-[1518].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Chirurgische Klinik B (Gefäßchirurgie)

B-[1518].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1518 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie

B-[1518].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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

B-[1518].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-[1518].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie Endovaskuläre und offene Ausschaltung von Aortenaneurysmen, Endovaskuläre, minimal invasive Therapie des rupturierten Aortenaneurysma, Behandlung von Aneurysmen der Eingeweide- und Extremitätenarterien,
2	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
3	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	VC61 - Dialyseshuntchirurgie Operation von Gefäßzugängen für die Dialyse (Demerskatheter / Dialyseshunts)
6	VX00 - („Sonstiges“): Varizenchirurgie
7	VX00 - („Sonstiges“): Carotischirurgie
8	VX00 - („Sonstiges“): Arteriographie
9	VX00 - („Sonstiges“): Phlebologie
10	VR02 - Native Sonographie
11	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
12	VR04 - Duplexsonographie
13	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
14	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Gefäßsprechstunde, Shuntsprechstunde
15	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
16	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
17	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
18	VX00 - („Sonstiges“): Gefäßzentrum Das Gefäßzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) sowie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) zertifiziert. (Zertifikat gültig bis 14.07.2027)

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VX00 - („Sonstiges“): Regionales Shuntzentrum (Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge) Das Regionale Shuntzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Gesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG und DDG) zertifiziert. (Re-Zertifizierung am 25.05.2021; Gültig bis 18.12.2024)
20	VK00 - („Sonstiges“): CAC Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)
21	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[1518].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1047
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1518].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	174
2	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	140
3	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	113
4	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	77
5	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	54
6	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	44
7	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	43
8	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	42
9	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	40
10	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	32
11	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	27
12	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	18
13	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	16
14	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	15
15	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	13
16	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	9
17	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	9
18	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	8

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
19	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	7
20	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	7
21	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	6
22	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	6
23	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5
24	A46	Erysipel [Wundrose]	5
25	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	4
26	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	4
27	I70.29	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet	4
28	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	4
29	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	4
30	E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	< 4

B-[1518].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	480
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	111
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	86
4	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	54
5	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	50
6	N18	Chronische Nierenkrankheit	43
7	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	36
8	I83	Varizen der unteren Extremitäten	27
9	I63	Hirninfarkt	19
10	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	19
11	Z49	Dialysebehandlung	18
12	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
13	I87	Sonstige Venenkrankheiten	8
14	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	6
15	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	6
16	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	6
17	L03	Phlegmone	6
18	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	6

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	A46	Erysipel [Wundrose]	5
20	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	4
21	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	4
22	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
23	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	< 4
26	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	< 4
27	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	< 4
28	S91	Offene Wunde der Knöchelregion und des Fußes	< 4
29	N05	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	< 4
30	M10	Gicht	< 4

B-[1518].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	480
2	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	86
3	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	54
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	50
5	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	9
6	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	6
7	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	32
8	I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	< 4
9	N18	Chronische Nierenkrankheit	43
10	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	36
11	I72.0	Aneurysma und Dissektion der A. carotis	< 4
12	I72.1	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität	< 4
13	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	4
14	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	27
15	I83	Varizen der unteren Extremitäten	27
16	I63	Hirninfarkt	19
17	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	19
18	Z49	Dialysebehandlung	18

B-[1518].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	168
2	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	145
3	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	137
4	5-983	Reoperation	133
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	127
6	5-381.02	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	114
7	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	113
8	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	107
9	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	106
10	5-381.70	Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	104
11	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	99
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	92
13	5-381.03	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	88
14	5-381.01	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	83
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	71
16	5-98a.0	Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie	68
17	8-83b.c4	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Polymerdichtung mit äußerer Sperrscheibe	68
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	68
19	5-381.71	Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	66
20	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	62
21	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	60
22	5-930.00	Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung	55
23	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	53
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	48
25	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	47
26	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	47

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	46
28	5-864.5	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation mittlerer oder distaler Oberschenkel	41
29	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	41
30	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	38

B-[1518].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	546
2	5-381	Endarteriektomie	529
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	452
4	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	279
5	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	230
6	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	166
7	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	155
8	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	152
9	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	145
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	138
11	5-983	Reoperation	133
12	8-190	Spezielle Verbandstechniken	105
13	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	92
14	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	89
15	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	81
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	76
17	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	74
18	5-98a	Hybridtherapie	68
19	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	67
20	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	65
21	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	63
22	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	61
23	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	55
24	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	51

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
25	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	47
26	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	43
27	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	39
28	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	33
29	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	29
30	5-388	Naht von Blutgefäßen	29

B-[1518].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Endarteriektomie	529
2	5-381.0	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals	285
3	5-381.7	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel	177
4	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	249
5	5-380.7	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel	108
6	5-380.8	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß	74
7	5-380.5	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin	48
8	5-380.2	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand	23
9	5-393	Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen	166
10	5-393.5	Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis	104
11	5-393.9	Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen: Temporärer arterio-arterieller Shunt (intraoperativ)	20
12	5-393.7	Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel	15
13	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntens	89
14	5-392.1	Anlegen eines arteriovenösen Shuntens: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel)	60
15	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	81
16	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntens	38
17	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	21
18	5-98a.0	Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie	68
19	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	67
20	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	65
21	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	47
22	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	33

B-[1518].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes 1. Doppler und Duplex Sonografie der Arterien und Venen, inklusive arteriovenöser Shunts 2. Laufbandergometrie 3. Lichtreflexionsrheografie
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Gefäßchirurgie, Shuntchirurgie Diagnostik und Therapieempfehlung für alle gefäßchirurgischen Patienten auf Einweisung durch niedergelassene Ärzte. 1. Doppler und Duplex Sonografie der Arterien und Venen, inklusive arteriovenöser Shunts 2. Laufbandergometrie 3. Lichtreflexionsrheografie
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
6	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[1518].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Gefäßchirurgie, Shuntchirurgie	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
2	Gefäßchirurgie, Shuntchirurgie	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

B-[1518].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
2	ASV Gastrointestinale Tumore	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
3	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

B-[1518].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	17
2	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	17
3	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	16
4	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	16
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	15
6	8-836.0S	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	14
7	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	11
8	8-836.0Q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	10
9	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	6
10	5-385.D0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	< 4
11	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
12	5-394.6	Revision einer Blutgefäßoperation: Verschluss eines arteriovenösen Shuntes	< 4
13	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
14	5-392.11	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Mit Vorverlagerung der Vena basilica	< 4
15	1-502.6	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	< 4
16	5-385.82	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena parva	< 4
17	1-502.1	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion	< 4
18	8-836.1H	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Andere Arterien abdominal und pelvin	< 4
19	8-836.1K	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Arterien Oberschenkel	< 4
20	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
21	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	< 4

B-[1518].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	44
2	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	26
3	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	18
4	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	16
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	15
6	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	13
7	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
8	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	< 4
9	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
10	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4

B-[1518].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1518].11 Personelle Ausstattung**B-[1518].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	9,02	Fälle je VK/Person	119,657143	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,27	Stationär	8,75

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	6,43	Fälle je VK/Person	170,521179	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,29	Stationär	6,14

B-[1518].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ07 - Gefäßchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1518].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF31 - Phlebologie
2	ZF28 - Notfallmedizin

B-[1518].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	13,23	Fälle je VK/Person	79,13832
Beschäftigungsverhältnis	Mit 13,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	13,23

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,69	Fälle je VK/Person	619,5266
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,69

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	3,52	Fälle je VK/Person	297,443176
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	3,52

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt	1,05	Fälle je VK/Person	997,1429
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,05

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	2,01	Fälle je VK/Person	520,8955
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2,01

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,86	Fälle je VK/Person	562,9032
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,86

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,29	Fälle je VK/Person	3610,345
--------	------	--------------------	----------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,29
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		5,16	Fälle je VK/Person	208,151077
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,13	Stationär	5,03

B-[1518].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ07 - Pflege in der Onkologie
8	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
9	PQ12 - Notfallpflege
10	PQ21 - Casemanagement

B-[1518].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP13 - Qualitätsmanagement
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP16 - Wundmanagement
6	ZP02 - Bobath
7	ZP03 - Diabetes
8	ZP07 - Geriatrie
9	ZP15 - Stomamanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[0200] Klinik für Geriatrie



Dr. med. Jürgen Heins



Dr. med. Fabian Schneider

B-[0200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Geriatrie

B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie

B-[0200].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jürgen Heins
Telefon	0621 503 28001
Fax	0621 503 28002
E-Mail	geriatrie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_az/geriatrie/index_ger.html
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fabian Schneider

Telefon	0621 503 28001
Fax	0621 503 28002
E-Mail	geriatrie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/geriatrie/index_ger.html

B-[0200].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-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit EKG, Labor, Echokardiographie
2	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren Duplexsonografie, Verschlussdruckmessung
3	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten Kompressions- und Duplexsonographie
4	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) Blutdruckmessung incl. LZ-RR, Sonographie, Labor
5	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen Sonographie, Labor, alterstypische Nierenerkrankungen
6	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten alterstyp. Erkrank. wie Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen
7	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas alterstypische Organinsuffizienzen und Affektionen
8	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge Vorrangig untere Atemwegsinfekte und COPD
9	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura Sonographie und Punktion

#	Medizinische Leistungsangebote
10	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten vorrangig Infekte des alten Menschen
11	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen Umfassendes Spektrum
12	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis vor allem im Rahmen der Infektionen im Alter
13	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen für das Alter typische Erkrankungen wie VHF
14	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen alterstypisch oder medikamentös bedingt
15	VI38 - Palliativmedizin vor allem ältere nicht onkologische Patienten
16	VI39 - Physikalische Therapie im Rahmen des IPRM, z.B. Lymphdrainage, Kälte-, Wärme und Elektrotherapie
17	VI40 - Schmerztherapie Internistische Krankheitsbilder sowohl akuter wie chronischer Schmerzen
18	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen z.B. Parkinson-Syndrome
19	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems z.B. Demenzen
20	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems meist alterstypische Formen
21	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen umfangreiches Spektrum einschließlich gerontopsychiatrischer Erkrankungen
22	VN23 - Schmerztherapie Neurologische Krankheitsbilder, z.B. Polyneuropathien
23	VA00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[0200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	479
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	85
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	28
3	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	28
4	E86	Volumenmangel	24
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	13
6	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	12
7	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	7
8	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
9	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	7
10	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	6
11	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	6
12	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	6
13	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	5
14	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	5
15	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	5
16	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	5
17	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	5
18	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	4
19	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	4
20	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	4
21	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	4
22	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	4
23	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	4
24	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	4
25	S06.0	Gehirnerschütterung	4
26	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
27	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	4
28	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	< 4
29	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
30	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	< 4

B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	127
2	I50	Herzinsuffizienz	31
3	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	29
4	E86	Volumenmangel	24
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	16
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	13
7	S06	Intrakranielle Verletzung	11
8	S72	Fraktur des Femurs	10
9	G40	Epilepsie	9
10	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	8
11	I61	Intrazerebrale Blutung	8
12	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	7
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	6
14	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	5
15	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	5
16	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	5
17	K26	Ulcus duodeni	4
18	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	4
19	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	4
20	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	4
21	I83	Varizen der unteren Extremitäten	4
22	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	4
23	G62	Sonstige Polyneuropathien	4
24	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4
25	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4
26	R54	Senilität	< 4
27	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	R55	Synkope und Kollaps	< 4
29	N30	Zystitis	< 4
30	K25	Ulcus ventriculi	< 4

B-[0200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	375
2	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	60
3	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	39
4	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	35
5	1-902.0	Testpsychologische Diagnostik: Einfach	28
6	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	21
7	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	21
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	15
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	13
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	12
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	10
12	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	8
13	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	5
14	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
16	6-00f.p3	Applikation von Medikamenten, Liste 15: Remdesivir, parenteral: Mehr als 300 mg bis 400 mg	< 4
17	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	< 4
18	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	< 4
19	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
20	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	< 4
22	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	< 4
23	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	< 4
24	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	< 4
25	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	< 4
26	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	< 4
27	8-800.g0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat	< 4
28	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	< 4
29	8-800.c2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE	< 4
30	8-812.50	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE	< 4

B-[0200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	470
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	42
3	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	39
4	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	35
5	1-902	Testpsychologische Diagnostik	28
6	8-547	Andere Immuntherapie	25
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	20
8	6-00f	Applikation von Medikamenten, Liste 15	4
9	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	< 4
10	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	< 4
11	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
12	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	< 4
13	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
14	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	< 4
15	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	< 4
16	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	< 4
17	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
18	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	< 4
19	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	< 4
20	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	< 4
21	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	< 4
22	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	< 4
23	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	< 4
24	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4
25	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	< 4
26	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	< 4
27	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
28	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
29	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
30	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4

B-[0200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die Klinik für Geriatrie hält keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[0200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0200].11 Personelle Ausstattung

B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	4	Fälle je VK/Person	119,75	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	159,666672	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3
-----------------	-----------------	---	------------------	---

B-[0200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie

B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF30 - Palliativmedizin
3	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)
4	ZF39 - Schlafmedizin
5	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003) Notfalldiagnostik und Thorax

B-[0200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	15,42	Fälle je VK/Person	31,06355	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,42

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,1	Fälle je VK/Person	4790	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	3,35	Fälle je VK/Person	142,985077	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,35

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	2,13	Fälle je VK/Person	224,882614	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,13

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,37	Fälle je VK/Person	1294,5946	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,37	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,37
------------------------	-----------------	---	------------------	------

In der Klinik für Geriatrie arbeitet ein multiprofessionelles Team mit dem Ziel die Selbstständigkeit und Autonomie der Patienten zu wahren bzw. zurückzugewinnen. Der Wunsch der Patienten nach größtmöglicher Lebensqualität in den ihnen verbleibenden Jahren, wollen wir nicht aus den Augen verlieren.

Zu dem multiprofessionellen Team gehören neben den oben genannten Berufsgruppen noch Folgende:

- 0,5 VK Psychologie
- 1,0 Logopädie
- 3,0 VK Ergotherapie
- 3,0 VK Physiotherapie

B-[0200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ02 - Diplom
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ01 - Bachelor
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
5	PQ07 - Pflege in der Onkologie
6	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
7	PQ21 - Casemanagement

B-[0200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP07 - Geriatrie
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP02 - Bobath
6	ZP03 - Diabetes
7	ZP16 - Wundmanagement
8	ZP20 - Palliative Care

B-[2100] Klinik für Herzchirurgie



Prof. Dr. med. Falk-Udo Sack

B-[2100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Herzchirurgie

B-[2100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3621 - Intensivmedizin/Herzchirurgie
2	2100 - Herzchirurgie

B-[2100].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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

B-[2100].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-[2100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC01 - Koronarchirurgie Es werden außer der konventionellen Bypasschirurgie auch minimal-invasive Bypassoperationen sowie Bypassoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine durchgeführt.
2	VC02 - Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur
3	VC03 - Herzklappenchirurgie Es wird minimal-invasive Mitralklappenchirurgie durchgeführt.
4	VC05 - Schrittmachereingriffe
5	VX00 - („Sonstiges“): Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI)
6	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
7	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
8	VC00 - („Sonstiges“): Kunstherz / ventrikuläre Unterstützungssysteme
9	VC00 - („Sonstiges“): Carotis-TEA kombiniert mit herzchirurgischen Eingriffen
10	VC24 - Tumorchirurgie
11	VC00 - („Sonstiges“): Eingriffe an der thorakalen Aorta
12	VC06 - Defibrillatoreingriffe
13	VC08 - Lungenembolektomie
14	VC09 - Behandlung von Verletzungen am Herzen
15	VC10 - Eingriffe am Perikard
16	VC11 - Lungenchirurgie
17	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
18	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
19	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
20	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
21	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
22	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
23	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
24	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
25	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

#	Medizinische Leistungsangebote
26	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
27	VC04 - Chirurgie der angeborenen Herzfehler Im Erwachsenenalter bei "GUCH-Patienten"
28	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
29	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
30	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
31	VD20 - Wundheilungsstörungen
32	VR16 - Phlebographie
33	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
34	VI34 - Elektrophysiologie
35	VR02 - Native Sonographie
36	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
37	VR04 - Duplexsonographie
38	VI20 - Intensivmedizin Die herzchirurgische Intensivstation verfügt über 14 Betten, alle Betten sind Beatmungsplätze
39	VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)
40	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[2100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	750
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	212
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	125
3	I35.0	Aortenklappenstenose	77
4	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	52
5	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	40
6	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	37
7	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	30
8	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	23

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	16
10	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	12
11	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11
12	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	11
13	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	11
14	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	10
15	D15.1	Gutartige Neubildung: Herz	6
16	T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesvorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	5
17	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	5
18	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	5
19	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	4
20	M86.18	Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
21	I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	< 4
22	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
23	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
24	I31.1	Chronische konstriktive Perikarditis	< 4
25	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
26	I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	< 4
27	M86.61	Sonstige chronische Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
28	Q21.1	Vorhofseptumdefekt	< 4
29	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	S26.0	Traumatisches Hämoperikard	< 4

B-[2100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	248
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	148
3	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	140
4	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	54
5	I33	Akute und subakute Endokarditis	37
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	31

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
7	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	24
8	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	8
9	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	6
10	D15	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	6
11	I50	Herzinsuffizienz	6
12	M86	Osteomyelitis	5
13	I05	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	5
14	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	5
15	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
16	I20	Angina pectoris	< 4
17	S26	Verletzung des Herzens	< 4
18	I63	Hirnfarkt	< 4
19	I36	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	< 4
20	B37	Kandidose	< 4
21	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
22	K25	Ulcus ventriculi	< 4
23	R57	Schock, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	I26	Lungenembolie	< 4
25	I23	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	< 4
26	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	< 4
27	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	< 4
28	I42	Kardiomyopathie	< 4
29	I95	Hypotonie	< 4
30	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4

B-[2100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	584
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	446
3	5-93a.0	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation: Ohne Verwendung von Chelatoren	405
4	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	355

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	270
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	216
7	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	193
8	5-361.17	Anlegen eines aortakoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	170
9	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	167
10	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	152
11	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	120
12	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	114
13	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	102
14	5-361.07	Anlegen eines aortakoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	95
15	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	94
16	5-896.1a	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken	93
17	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	91
18	5-361.27	Anlegen eines aortakoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	69
19	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	68
20	5-351.12	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	61
21	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	61
22	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	58
23	5-379.1	Andere Operationen an Herz und Perikard: Ligatur eines Herzohres	52
24	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	46
25	5-349.3	Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	42
26	5-353.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik	41
27	5-932.91	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Biologisches Material, xenogen: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	39

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	38
29	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	37
30	5-356.2	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Vorhofseptumdefekt, Verschluss total	36

B-[2100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	726
2	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	593
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	585
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	483
5	5-93a	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation	405
6	5-916	Temporäre Weichteildeckung	299
7	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	289
8	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	231
9	8-701	Einfache endotracheale Intubation	216
10	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	199
11	5-38b	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation	158
12	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	132
13	5-379	Andere Operationen an Herz und Perikard	102
14	5-353	Valvuloplastik	102
15	9-984	Pflegebedürftigkeit	95
16	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	91
17	5-349	Andere Operationen am Thorax	69
18	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	68
19	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	67
20	8-190	Spezielle Verbandstechniken	62
21	5-354	Andere Operationen an Herzklappen	61
22	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	60
23	5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	52
24	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	46
25	5-362	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik	45
26	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	43

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	39
28	5-341	Inzision des Mediastinums	38
29	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	38
30	5-356	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern	37

B-[2100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	HZ-Ambulanz 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.
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[2100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	HZ-Ambulanz	VC00 - („Sonstiges“): Diagnostik von herzchirurgischen Patienten

B-[2100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2100].11 Personelle Ausstattung

B-[2100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	16,72	Fälle je VK/Person	44,85646	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,72

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	10,56	Fälle je VK/Person	71,02272	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,56

B-[2100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ08 - Herzchirurgie

#	Facharztbezeichnungen
---	-----------------------

2	AQ63 - Allgemeinmedizin
---	-------------------------

B-[2100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
---	----------------------

1	ZF15 - Intensivmedizin
---	------------------------

2	ZF28 - Notfallmedizin
---	-----------------------

B-[2100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		66,06	Fälle je VK/Person	11,35332
Beschäftigungsverhältnis	Mit	66,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	66,06

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,32	Fälle je VK/Person	323,275879
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,32

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,7	Fälle je VK/Person	131,578949
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,7

Pflegfachfrau/Pflegfachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1,1	Fälle je VK/Person	681,8182
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,86	Fälle je VK/Person	872,093
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,86

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,15	Fälle je VK/Person	145,631073
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,15

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	25000
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,4	Fälle je VK/Person	117,1875
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,4

B-[2100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ20 - Praxisanleitung
6	PQ01 - Bachelor
7	PQ07 - Pflege in der Onkologie
8	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
9	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
10	PQ12 - Notfallpflege
11	PQ21 - Casemanagement

B-[2100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP13 - Qualitätsmanagement
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP16 - Wundmanagement
6	ZP02 - Bobath
7	ZP03 - Diabetes
8	ZP07 - Geriatrie
9	ZP15 - Stomamanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP24 - Deeskalationstraining
12	ZP29 - Stroke Unit Care

B-[2200] Klinik für Urologie



Prof. Dr. med. Markus Müller

B-[2200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Urologie

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

B-[2200].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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

B-[2200].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-[2200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	VU00 - („Sonstiges“): Da-Vinci-System
4	VU13 - Tumorchirurgie
5	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
6	VU00 - („Sonstiges“): Urologische Implantate
7	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
8	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
9	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
10	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
11	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
12	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz Diagnostik und Therapie der postrenalen Niereninsuffizienz
13	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters Stoßwellenzertrümmerung von Nieren-, Harnleiter- und Blasensteinen
14	VU08 - Kinderurologie
15	VG16 - Urogynäkologie
16	VU09 - Neuro-Urologie
17	VU18 - Schmerztherapie
18	VU14 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Urologische Sprechstunde, Kontinenzsprechstunde
19	VX00 - („Sonstiges“): Prostatakarzinomzentrum Das Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.09.2025).
20	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
21	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Leitung des Kernteams
22	VU00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut

#	Medizinische Leistungsangebote
23	VU00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
24	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[2200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3676
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	488
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	335
3	N40	Prostatahyperplasie	322
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	226
5	N20.0	Nierenstein	196
6	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	175
7	N20.1	Ureterstein	146
8	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	118
9	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	101
10	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	82
11	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	73
12	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	66
13	N13.63	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere	63
14	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	59
15	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	59
16	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	45
17	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	34
18	N32.0	Blasenhalsobstruktion	33
19	N13.65	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere	32
20	N13.60	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion mit Infektion der Niere	31
21	N41.0	Akute Prostatitis	31
22	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	30
23	R33	Harnverhaltung	27
24	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	27

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
25	C67.1	Bösartige Neubildung: Apex vesicae	27
26	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	26
27	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	24
28	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	24
29	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	23
30	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	23

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	791
2	N20	Nieren- und Ureterstein	401
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	335
4	N40	Prostatahyperplasie	322
5	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	317
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	250
7	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	204
8	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	95
9	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	82
10	N45	Orchitis und Epididymitis	79
11	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	73
12	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	45
13	N30	Zystitis	40
14	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	39
15	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	36
16	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	34
17	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	29
18	R33	Harnverhaltung	27
19	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	27
20	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	26
21	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	24
22	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	24
23	N35	Harnröhrenstriktur	21
24	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	21

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane	20
26	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19
27	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	18
28	D29	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	16
29	N21	Stein in den unteren Harnwegen	13
30	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	13

B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	27
2	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	73
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	335
4	N40	Prostatahyperplasie	322
5	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	317

B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	1500
2	5-98k.0	Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	1043
3	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	997
4	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	623
5	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	576
6	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	536
7	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	414
8	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	264
9	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	258
10	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	257
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	243
12	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	230
13	3-13f	Zystographie	224
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	185
15	3-13d.5	Urographie: Retrograd	174

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	160
17	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	159
18	5-98k.2	Art des Zystoskops: Flexibles wiederverwendbares Zystoskop	153
19	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	136
20	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	135
21	5-550.31	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch	120
22	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	116
23	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	115
24	5-983	Reoperation	112
25	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	108
26	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	104
27	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	95
28	1-999.42	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Flexibles wiederverwendbares Zystoskop	93
29	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	92
30	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	92

B-[2200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	2509
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	1462
3	5-98k	Art des Zystoskops	1205
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	716
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	580
6	3-05c	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane	576
7	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	466
8	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	381

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
9	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	341
10	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	264
11	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	258
12	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	255
13	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	230
14	3-13f	Zystographie	224
15	3-13d	Urographie	214
16	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	204
17	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	193
18	5-985	Lasertechnik	176
19	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	130
20	5-983	Reoperation	112
21	5-469	Andere Operationen am Darm	111
22	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	108
23	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	107
24	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	95
25	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	84
26	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	74
27	5-640	Operationen am Präputium	65
28	5-572	Zystostomie	61
29	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	59
30	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	51

B-[2200].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	230
2	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	204
3	5-554	Nephrektomie	41
4	5-553	Partielle Resektion der Niere	49
5	5-552	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere	22
6	5-576	Zystektomie	28

B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Urologische Sprechstunde
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Urologische Sprechstunde
4	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde Die Kontinenzsprechstunde der Urologischen Klinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums.
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumorerkrankungen Diagnostik, med. Therapievorschläge, Zytostatika Leitung des Kernteams
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
8	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[2200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis

#	Ambulanz	Leistung
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU08 - Kinderurologie
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU09 - Neuro-Urologie
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU17 - Prostatazentrum
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU18 - Schmerztherapie
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU13 - Tumorchirurgie
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG16 - Urogynäkologie
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VU00 - („Sonstiges“): Urologische Implantate
19	Kontinenzsprechstunde	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
20	Kontinenzsprechstunde	VU00 - („Sonstiges“): Diagnose und Therapie aller Formen der Inkontinenz inkl. Neuro-Urologie
21	Urologische Sprechstunde	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
22	Urologische Sprechstunde	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
23	Urologische Sprechstunde	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
24	Urologische Sprechstunde	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
25	Urologische Sprechstunde	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
26	Urologische Sprechstunde	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
27	Urologische Sprechstunde	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
28	Urologische Sprechstunde	VU08 - Kinderurologie
29	Urologische Sprechstunde	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
30	Urologische Sprechstunde	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
31	Urologische Sprechstunde	VU09 - Neuro-Urologie
32	Urologische Sprechstunde	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
33	Urologische Sprechstunde	VU17 - Prostatazentrum
34	Urologische Sprechstunde	VU18 - Schmerztherapie
35	Urologische Sprechstunde	VU13 - Tumorchirurgie
36	Urologische Sprechstunde	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

#	Ambulanz	Leistung
37	Urologische Sprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
38	Urologische Sprechstunde	VX00 - („Sonstiges“): Urologische Implantate

B-[2200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Urologische Tumorerkrankungen	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
2	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen
3	ASV Gastrointestinale Tumore	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

B-[2200].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	195
2	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	132
3	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	93
4	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	54
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	51
6	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	35
7	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	31
8	5-611	Operation einer Hydrocele testis	27
9	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	16
10	8-137.22	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Über ein Stoma	15
11	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	12
12	5-630.0	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Sklerosierung der V. spermatica, skrotal	12
13	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	10
14	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	9
15	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	8
16	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	7
17	5-581.0	Plastische Meatotomie der Urethra: Inzision	7

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
18	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	7
19	5-631.2	Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	6
20	5-582.0	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	5
21	5-624.4	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	4
22	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	4
23	1-460.5	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Stufenbiopsie	4
24	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	< 4
25	5-621	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4
26	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	< 4
27	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	< 4
28	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
29	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
30	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4

B-[2200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	365
2	5-640	Operationen am Präputium	144
3	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	64
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	51
5	5-572	Zystostomie	35
6	5-611	Operation einer Hydrocele testis	27
7	5-624	Orchidopexie	13
8	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	13
9	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	12
10	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	8
11	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	5
12	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	4
13	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	4
14	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
15	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
16	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	5-621	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4
18	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	< 4

B-[2200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2200].11 Personelle Ausstattung

B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	15,71	Fälle je VK/Person	251,780823	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,11	Stationär	14,6

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,48	Fälle je VK/Person	429,9415	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,93	Stationär	8,55

B-[2200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie
2	ZF04 - Andrologie
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	35,8	Fälle je VK/Person	105,632187	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	35,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	34,8

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,15	Fälle je VK/Person	1166,98413
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,15

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,98	Fälle je VK/Person	1856,56567
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,98

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,56	Fälle je VK/Person	6564,28564
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,56

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,27	Fälle je VK/Person	2894,48828
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,27

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,41	Fälle je VK/Person	1525,31116
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,41

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,38	Fälle je VK/Person	9673,685
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,38

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		15,56	Fälle je VK/Person	240,89122
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	15,26

B-[2200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ07 - Pflege in der Onkologie
5	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
6	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
8	PQ20 - Praxisanleitung
9	PQ12 - Notfallpflege
10	PQ21 - Casemanagement

B-[2200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP13 - Qualitätsmanagement
7	ZP14 - Schmerzmanagement
8	ZP20 - Palliative Care
9	ZP23 - Breast Care Nurse
10	ZP02 - Bobath
11	ZP15 - Stomamanagement
12	ZP16 - Wundmanagement
13	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[2400] Frauenklinik/ Geburtshilfe

Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann

B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Frauenklinik/ Geburtshilfe

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus H. Baumann
Telefon	0621 503 3251
Fax	0621 503 3271
E-Mail	gyn@klilu.de
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-[2400].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-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
2	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
3	VG05 - Endoskopische Operationen Minimal-Invasive-laparoskopische Operationen (MIC II)
4	VG16 - Urogynäkologie
5	VG07 - Inkontinenzchirurgie
6	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
7	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes inkl. Dysplasiesprechstunde
8	VG17 - Reproduktionsmedizin
9	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
10	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
11	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
12	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
13	VG00 - („Sonstiges“): Plastisch rekonstruktive Eingriffe In Kooperation mit der BG Klinik Ludwigshafen
14	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
15	VG00 - („Sonstiges“): Transabdominale Sonographie von Genitalien bei Kindern
16	VG00 - („Sonstiges“): Vaginoskopie bei Kindern
17	VX00 - („Sonstiges“): Kindergynäkologie Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen, Blutungsstörungen, endokrinologischen Erkrankungen, Fehlbildungen und Tumoren
18	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
19	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes Ambulante und stationäre Betreuung von Risikoschwangerschaften, Geburtsplanung, Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese).
20	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
21	VG19 - Ambulante Entbindung
22	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften

#	Medizinische Leistungsangebote
23	VX00 - („Sonstiges“): Angebot für werdende Eltern Baby-Massage, Diabeteschulung für Schwangere, Entspannung im Wasser f. Schwangere, Akupunktur, Geburtsvorbereitung, Hypnose, Infoabende f. werdende Eltern, Neugeborenencreening, Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflegekurs, Stillgruppentreffen, Laktationsberatung, Wochenbettbetreuung
24	VG00 - („Sonstiges“): 3D und 4D-Sonographie
25	VG00 - („Sonstiges“): Cerclage (Naht am Gebärmutterhals)
26	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
27	VR02 - Native Sonographie
28	VR04 - Duplexsonographie
29	VG15 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Brustsprechstunde, Dysplasiesprechstunde, Kindergynäkologische Sprechstunde, Sprechstunde im Rahmen der Geburtsvorbereitung (Geburtsplanung und Hebammensprechstunde), KV-Überweisung -2.Meinungssprechstunde, Kontinenzsprechstunde, Ambulante Operationen
30	VX00 - („Sonstiges“): Brustzentrum Das Brustzentrum Ludwigshafen ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 05.11.2025).
31	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
32	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Leitung des Kernteams
33	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
34	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
35	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1718
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	272
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	72
3	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	45
4	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	44

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
5	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	42
6	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	41
7	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	39
8	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	35
9	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	34
10	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	31
11	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	30
12	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	29
13	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	28
14	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	26
15	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	26
16	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	26
17	O80	Spontangeburt eines Einlings	25
18	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	24
19	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	24
20	N80.0	Endometriose des Uterus	20
21	O00.1	Tubargravidität	20
22	N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	20
23	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	18
24	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	15
25	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	15
26	O20.0	Drohender Abort	15
27	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	15
28	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	14
29	O28.8	Sonstige abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter	14
30	N81.1	Zystozele	14

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	273
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	200
3	D25	Leiomyom des Uterus	88
4	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	58
5	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	58

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	56
7	N81	Genitalprolaps bei der Frau	52
8	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	47
9	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	47
10	O42	Vorzeitiger Blasensprung	44
11	O70	Dammriss unter der Geburt	42
12	N80	Endometriose	36
13	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	31
14	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	31
15	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	29
16	O62	Abnorme Wehentätigkeit	27
17	O80	Spontangeburt eines Einlings	25
18	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	22
19	O00	Extrauterin gravidität	21
20	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	21
21	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	19
22	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	18
23	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	17
24	O33	Betreuung der Mutter bei festgestelltem oder vermutetem Missverhältnis zwischen Fetus und Becken	16
25	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	15
26	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	15
27	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	14
28	O28	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik	14
29	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	13
30	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	13

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	200
2	D25	Leiomyom des Uterus	88
3	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	29
4	D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	< 4

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
5	N81	Genitalprolaps bei der Frau	52
6	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	6
7	C52	Bösartige Neubildung der Vagina	< 4
8	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	4
9	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	31
10	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	12
11	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	15
12	N80	Endometriose	36
13	O80	Spontangeburt eines Einlings	25
14	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	13
15	O14	Präeklampsie	7

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	286
2	1-242	Audiometrie	256
3	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)	154
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	142
5	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	135
6	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	93
7	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	87
8	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	82
9	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	74
10	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	73
11	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	67
12	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	63
13	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	62
14	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	55
15	5-656.82	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Endoskopisch (laparoskopisch)	51
16	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	50

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
17	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	49
18	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	42
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)	40
20	5-704.4f	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation am Lig. sacrospinale oder Lig. sacrotuberale	39
21	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	37
22	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	33
23	5-683.21	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal	33
24	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	32
25	5-653.30	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)	30
26	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	25
27	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	24
28	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	23
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	22
30	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	21

B-[2400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	292
2	1-242	Audiometrie	256
3	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	218
4	5-749	Andere Sectio caesarea	179
5	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	168
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	165
7	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	142
8	5-661	Salpingektomie	126
9	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	107
10	5-469	Andere Operationen am Darm	105
11	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	97

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	93
13	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	92
14	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	90
15	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	81
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	72
17	5-656	Plastische Rekonstruktion des Ovars	63
18	5-653	Salpingoovariektomie	62
19	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	62
20	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	45
21	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	34
22	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	26
23	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	25
24	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	25
25	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	23
26	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	23
27	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	21
28	5-707	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes	20
29	5-738	Episiotomie und Naht	19
30	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	19

B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	218
2	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	45
3	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	18
4	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	165
5	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	11
6	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	168
7	5-685	Radikale Uterusexstirpation	16
8	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	107
9	5-653	Salpingoovariektomie	62
10	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	19
11	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	92
12	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	142

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
13	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	292
14	5-749	Andere Sectio caesarea	179

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe Für türkisch-, englisch-, arabisch-, persisch- und russischsprachige werdende Eltern werden Sprechstunden in der jeweiligen Muttersprache angeboten.
2	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gynäkologische Ambulanz Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Brustsprechstunde 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.
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	KV Überweisung Zur Zweitmeinung auf Überweisung von niedergelassenen Frauenärzten*Innen
6	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Kontinenzsprechstunde Die Kontinenzsprechstunde der Frauenklinik ist Teil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums des Klinikums. Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.
7	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Dysplasiesprechstunde Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
8	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kindergynäkologische Sprechstunde Eine Überweisung durch niedergelassene Gynäkologen ist erforderlich.
9	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Leitung des Kernteams
10	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
11	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
12	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[2400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Brustsprechstunde	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
2	Brustsprechstunde	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
3	Brustsprechstunde	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
4	Brustsprechstunde	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
5	Brustsprechstunde	VX00 - („Sonstiges“): Tumornachsorge
6	Brustsprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Chemoambulanz
7	Dysplasiesprechstunde	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	Dysplasiesprechstunde	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	Gynäkologische Ambulanz	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
10	Gynäkologische Ambulanz	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
11	Gynäkologische Ambulanz	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
12	Gynäkologische Ambulanz	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
13	Gynäkologische Ambulanz	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
14	Gynäkologische Ambulanz	VG16 - Urogynäkologie
15	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Endokrinologische Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
16	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie bei entzündlichen Erkrankungen
17	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie bei Blutungsstörungen
18	Kindergynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“): Fehlbildungen und Tumoren
19	Kontinenzsprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VG16 - Urogynäkologie
27	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
28	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
29	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG00 - („Sonstiges“): Risikoschwangerschaft (Amniozentese/Fruchtwasseruntersuchung)
30	KV Überweisung	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
31	Sprechstunde im Rahmen der Geburtshilfe	VG00 - („Sonstiges“)
32	KV Überweisung	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
33	KV Überweisung	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
34	KV Überweisung	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

B-[2400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
2	ASV Gastrointestinale Tumore	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
3	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-[2400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	209
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	159
3	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	58
4	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	55
5	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	43
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	40
7	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	37
8	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	37
9	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strickkürettage)	32
10	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	20
11	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	18
12	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	14
13	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	12
14	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	11
15	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	11
16	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	9
17	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	8
18	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	8
19	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	7
20	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	6
21	5-712.12	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Destruktion: Laserkoagulation	5
22	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	5
23	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	5
24	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	5
25	5-657.72	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
26	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
27	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
28	5-870.A0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
29	5-657.82	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
30	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

B-[2400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	209
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	191
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	129
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	78
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	45
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	40
7	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	19
8	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	19
9	5-469	Andere Operationen am Darm	18
10	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	15
11	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	13
12	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	12
13	5-653	Salpingoovariektomie	11
14	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	11
15	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	10
16	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	9
17	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	8
18	5-661	Salpingektomie	< 4
19	5-881	Inzision der Mamma	< 4
20	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
21	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
22	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
23	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
24	5-652	Ovariectomie	< 4
25	5-701	Inzision der Vagina	< 4

B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	9,99	Fälle je VK/Person	193,033722	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,09	Stationär	8,9

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	6,05	Fälle je VK/Person	321,1215	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	5,35

B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	AQ15 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
3	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	12,31	Fälle je VK/Person	151,90097	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	11,31

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,8	Fälle je VK/Person	357,916656
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,8

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,98	Fälle je VK/Person	1753,06116
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,98

Pflegfachfrau/Pflegfachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	5206,06055
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,6	Fälle je VK/Person	2863,33325
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,6

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,43	Fälle je VK/Person	231,224777
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,43

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,1	Fälle je VK/Person	1561,81812
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,1

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	10105,8818
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,63	Fälle je VK/Person	305,15097
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,63

B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ16 - Familienhebamme
7	PQ20 - Praxisanleitung
8	PQ01 - Bachelor
9	PQ02 - Diplom
10	PQ07 - Pflege in der Onkologie
11	PQ12 - Notfallpflege
12	PQ21 - Casemanagement

B-[2400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP14 - Schmerzmanagement
6	ZP03 - Diabetes
7	ZP07 - Geriatrie
8	ZP15 - Stomamanagement
9	ZP16 - Wundmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP24 - Deeskalationstraining
12	ZP28 - Still- und Laktationsberatung

B-[2600] Hals-Nasen-Ohren-Klinik



Prof. Dr. med. Klaus-Wolfgang Delank

B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Hals-Nasen-Ohren-Klinik

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Klaus-Wolfgang Delank
Telefon	0621 503 3401
Fax	0621 503 3403
E-Mail	hno@klilu.de
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-[2600].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-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
2	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	VH04 - Mittelohrchirurgie
4	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
5	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
6	VH05 - Cochlearimplantation
7	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
8	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
9	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
10	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
11	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
12	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
13	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
14	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
15	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
16	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
17	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
18	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
19	VH11 - Transnasaler Verschluss von Liquoristeln
20	VH25 - Schnarchoperationen
21	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
22	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
23	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
24	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
25	VH26 - Laserchirurgie
26	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
27	VH00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Schädelbasis
28	VH00 - („Sonstiges“): Phoniatrie

#	Medizinische Leistungsangebote
29	VH27 - Pädaudiologie VH23 - Spezialsprechstunde
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, HNO-Ambulanz (Facialissprechstunde, Tumornachsorge), Phoniatrie und Pädaudiologie, Cochlea-Implantat-Zentrum
31	VH00 - („Sonstiges“): MVZ des Klinikums HNO Praxis Ambulante Termine und Zweitmeinungssprechstunde
32	VH00 - („Sonstiges“): Kopf-Hals-Tumorzentrum Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).
33	VH00 - („Sonstiges“): Zertifikat Cochlea Implantat versorgende Einrichtung Die Cochlea Implantat versorgende Einrichtung ist nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie zertifiziert (Zertifikat gültig bis 14.09.2026).
34	VH00 - („Sonstiges“): Spaltzentrum Rhein-Neckar 2015 wurde das interdisziplinäre, sektorenübergreifende Kompetenzzentrum zur Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte unter der Bezeichnung Spaltzentrum Rhein-Neckar gegründet. Das Spaltzentrum besteht aus den Einrichtungen der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und der HNO.
35	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
36	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Mitglied im Kernteam bei (Neben-)Schilddrüsenkarzinom
37	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h) HNO Notfallambulanz in der Zentralen Notaufnahme

B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2880
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J35.0	Chronische Tonsillitis	180
2	J36	Peritonsillarabszess	172
3	J34.2	Nasenseptumdeviation	165
4	J32.4	Chronische Pansinusitis	162
5	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	159
6	H71	Cholesteatom des Mittelohres	86
7	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	79
8	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	77

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	69
10	R04.0	Epistaxis	63
11	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	63
12	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	62
13	R04.1	Blutung aus dem Rachen	51
14	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	49
15	A46	Erysipel [Wundrose]	46
16	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	42
17	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	32
18	K11.2	Sialadenitis	31
19	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	31
20	H91.9	Hörverlust, nicht näher bezeichnet	31
21	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	30
22	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	27
23	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	27
24	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	26
25	J38.4	Larynxödem	24
26	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	24
27	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	23
28	S03.1	Luxation des knorpeligen Nasenseptums	21
29	D14.0	Gutartige Neubildung: Mittelohr, Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen	20
30	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	20

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	322
2	J32	Chronische Sinusitis	276
3	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	178
4	J36	Peritonsillarabszess	172
5	J03	Akute Tonsillitis	170
6	R04	Blutung aus den Atemwegen	117
7	H91	Sonstiger Hörverlust	88
8	H81	Störungen der Vestibularfunktion	86

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	H71	Cholesteatom des Mittelohres	86
10	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	79
11	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	72
12	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	69
13	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	52
14	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	50
15	A46	Erysipel [Wundrose]	46
16	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	42
17	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	42
18	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	40
19	H60	Otitis externa	38
20	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	36
21	J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	35
22	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	35
23	H70	Mastoiditis und verwandte Zustände	31
24	M95	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	30
25	D10	Gutartige Neubildung des Mundes und des Pharynx	24
26	K14	Krankheiten der Zunge	24
27	S03	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Kopfes	21
28	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	21
29	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	20
30	R59	Lymphknotenvergrößerung	20

B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	H71	Cholesteatom des Mittelohres	86
2	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	79
3	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	40
4	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	69
5	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	36
6	H91	Sonstiger Hörverlust	88
7	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	17
8	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	50
9	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	5
10	J32	Chronische Sinusitis	276

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
11	J32.4	Chronische Pansinusitis	162
12	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	178
13	C07	Bösartige Neubildung der Parotis	17
14	C31.8	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
15	D14.0	Gutartige Neubildung: Mittelohr, Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen	20
16	J39.80	Erworbene Stenose der Trachea	5
17	D34	Gutartige Neubildung der Schilddrüse	< 4
18	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	7

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Audiometrie	624
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	378
3	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	298
4	1-611.00	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt: Ohne weitere Maßnahmen	267
5	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	249
6	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	213
7	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	203
8	1-620.10	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	200
9	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	198
10	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	186
11	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszesstonsillektomie	171
12	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	166
13	5-983	Reoperation	164
14	1-20a.31	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Video-Kopfimpulstest	163
15	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	162
16	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	158
17	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	157
18	5-215.5	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Medialisation	154
19	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	137

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	1-245	Rhinomanometrie	125
21	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	119
22	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	117
23	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	114
24	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	108
25	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	107
26	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	98
27	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	93
28	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	90
29	1-20a.30	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Elektro- und/oder Video-Nystagmographie	90
30	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	81

B-[2600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	757
2	1-242	Audiometrie	624
3	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	495
4	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	436
5	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	401
6	5-984	Mikrochirurgische Technik	378
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	340
8	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	279
9	1-20a	Andere neurophysiologische Untersuchungen	254
10	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	247
11	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	211
12	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	173
13	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	171
14	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	171
15	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	171
16	5-983	Reoperation	164
17	5-189	Andere Operationen am äußeren Ohr	162
18	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	159

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
19	1-422	Biopsie ohne Inzision am Pharynx	144
20	5-985	Lasertechnik	144
21	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	138
22	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	134
23	5-200	Parazentese [Myringotomie]	128
24	1-245	Rhinomanometrie	125
25	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	114
26	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	108
27	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	87
28	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	81
29	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	75
30	1-421	Biopsie ohne Inzision am Larynx	71

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-197.2	Stapesplastik: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)	6
2	5-209.2	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Einführung eines Kochleaimplantates	22
3	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	173
4	5-087.1	Dakryozystorhinostomie: Endonasal	< 4
5	5-302.5	Andere partielle Laryngektomie: Endoskopische Laserresektion	14
6	5-403.04	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 5 Regionen	13
7	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	249
8	5-063	Thyreoidektomie	5
9	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	63
10	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	56
11	5-262.05	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Mit intraoperativem Fazialismonitoring, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	7
12	5-316	Rekonstruktion der Trachea	32
13	5-303	Laryngektomie	17
14	5-295	Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]	24
15	5-295.14	Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]: Durch Pharyngotomie: Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat	6

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	HNO-Ambulanz Tumornachsorge, Facialissprechstunde Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für HNO-Heilkunde erforderlich.
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Phoniatrie und Pädaudiologie Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt (Allgemeinarzt/Praktischer Arzt, HNO-Arzt, Internist, Kinderarzt, Nervenarzt oder Neurologe)
4	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Cochlea-Implantat-Zentrum Das Cochlea Implantat Zentrum bietet Beratung, Hilfe + med. Versorgung für hörgeschädigte Patient*innen aller Altersgruppen an. In unserem CI-Zentrum arbeitet ein interdisziplinäres Team (speziell qualifizierte Ärzte, 1 CI-Audiologin/Ingenieurin für Hörtechnik, Logopädin, med. Fachpersonal)
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ des Klinikums HNO Praxis Ambulante Termine und Zweitmeinungssprechstunde
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Mitglied im Kernteam bei (Neben-)Schilddrüsenkarzinom
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
8	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h) HNO Notfallambulanz in der Zentralen Notaufnahme

B-[2600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	HNO-Ambulanz	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
2	HNO-Ambulanz	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
3	HNO-Ambulanz	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
4	HNO-Ambulanz	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
5	HNO-Ambulanz	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
6	HNO-Ambulanz	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes

#	Ambulanz	Leistung
7	HNO-Ambulanz	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
8	HNO-Ambulanz	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
9	HNO-Ambulanz	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
10	HNO-Ambulanz	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
11	HNO-Ambulanz	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
12	HNO-Ambulanz	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
13	HNO-Ambulanz	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
14	HNO-Ambulanz	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
15	HNO-Ambulanz	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
16	HNO-Ambulanz	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
17	HNO-Ambulanz	VH26 - Laserchirurgie
18	HNO-Ambulanz	VH04 - Mittelohrchirurgie
19	HNO-Ambulanz	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
20	HNO-Ambulanz	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
21	HNO-Ambulanz	VX00 - („Sonstiges“): Tumornachsorge
22	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH27 - Pädaudiologie
23	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH00 - („Sonstiges“): Phoniatrie
24	Phoniatrie und Pädaudiologie	VH00 - („Sonstiges“): Leistungen der Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
33	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
34	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
35	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
36	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
37	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
38	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren

#	Ambulanz	Leistung
39	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
40	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
41	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH26 - Laserchirurgie
42	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH04 - Mittelohrchirurgie
43	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
44	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
45	Cochlea-Implantat-Zentrum	VH05 - Cochlearimplantation
46	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VH00 - („Sonstiges“)
47	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
48	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
49	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
50	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
51	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
52	MVZ des Klinikums HNO Praxis	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

B-[2600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
2	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

B-[2600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	108
2	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	100
3	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	93
4	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	69
5	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	54
6	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	46
7	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	32
8	5-182.0	Resektion der Ohrmuschel: Partiell	27
9	5-250.2	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Exzision	20
10	5-902.24	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	13
11	5-273.4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Wange	13

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
12	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	12
13	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	12
14	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	10
15	5-272.0	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Exzision, lokal	9
16	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	8
17	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	8
18	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	6
19	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	6
20	5-300.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, laryngoskopisch	4
21	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	4
22	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	4
23	5-184.2	Plastische Korrektur absteigender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	4
24	5-902.04	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
25	5-087.1	Dakryozystorhinostomie: Endonasal	< 4
26	5-217.0	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Nasensteg	< 4
27	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
28	5-222.0	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie	< 4
29	5-184.3	Plastische Korrektur absteigender Ohren: Concharotation	< 4
30	5-903.45	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Hals	< 4

B-[2600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	116
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	108
3	5-200	Parazentese [Myringotomie]	100
4	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	99
5	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	69
6	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	32
7	5-182	Resektion der Ohrmuschel	27

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	22
9	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	20
10	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	18
11	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	16
12	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	12
13	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	12
14	5-272	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	9
15	5-184	Plastische Korrektur absteigender Ohren	8
16	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	7
17	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	5
18	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	4
19	5-087	Dakryozystorhinostomie	< 4
20	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	< 4
21	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	< 4
22	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
23	5-316	Rekonstruktion der Trachea	< 4
24	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
25	5-188	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres	< 4
26	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
27	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	< 4
28	5-260	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	< 4

B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	14,63	Fälle je VK/Person	211,7647	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,03	Stationär	13,6

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		9,04	Fälle je VK/Person	359,550537
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,03	Stationär	8,01

B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
2	AQ19 - Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (MWBO 2003)

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen (MWBO 2003)
2	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
--	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		43,9	Fälle je VK/Person	68,73508
Beschäftigungsverhältnis	Mit	43,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	41,9

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,17	Fälle je VK/Person	908,517334
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,17

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,21	Fälle je VK/Person	2380,16528
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,21

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,68	Fälle je VK/Person	4235,294
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,68

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,47	Fälle je VK/Person	1959,18359
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,47

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,89	Fälle je VK/Person	3235,955
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,89

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,35	Fälle je VK/Person	391,836731
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,35

B-[2600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
8	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
9	PQ20 - Praxisanleitung
10	PQ01 - Bachelor
11	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
12	PQ21 - Casemanagement

B-[2600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP13 - Qualitätsmanagement
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP02 - Bobath
6	ZP20 - Palliative Care
7	ZP03 - Diabetes
8	ZP07 - Geriatrie
9	ZP16 - Wundmanagement

B-[2700] Augenklinik



Prof. Dr. med. Lars-Olof Hattenbach

B-[2700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Augenklinik

B-[2700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2700 - Augenheilkunde

B-[2700].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt , FEBO (Fellow of the European Board of Ophthalmology)
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Lars-Olof Hattenbach
Telefon	0621 503 3051
Fax	0621 503 3081
E-Mail	au@klilu.de
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-[2700].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-[2700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
2	VA00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
3	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
4	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
5	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
6	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
7	VA18 - Laserchirurgie des Auges
8	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
9	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
10	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
11	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
12	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
13	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
14	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
15	VA15 - Plastische Chirurgie
16	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
17	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
18	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
19	VX00 - („Sonstiges“): Klinisches Studienzentrum Das Studienzentrum besteht seit 2008 + ermöglicht klinische Forschungsprojekte gemäß europäischer + internationaler Richtlinien in höchster Qualität. Es werden nationale + internationale klinische Studien in Kooperation mit renommierten Arzneimittelherstellern durchgeführt.
20	VA17 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Augenambulanz, Kataraktsprechstunde / Grauer Star
21	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
22	VA00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

Medizinische Leistungsangebote**B-[2700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	2002
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	322
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	282
3	H35.38	Sonstige Degeneration der Makula und des hinteren Poles	237
4	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	78
5	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	77
6	H43.1	Glaskörperblutung	70
7	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	68
8	H47.2	Optikusatrophie	53
9	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	53
10	H16.0	Ulcus corneae	46
11	H40.8	Sonstiges Glaukom	43
12	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	43
13	H33.2	Seröse Netzhautablösung	43
14	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	42
15	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	29
16	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	26
17	H35.6	Netzhautblutung	24
18	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	22
19	H40.0	Glaukomverdacht	21
20	H27.1	Luxation der Linse	21
21	H27.0	Aphakie	20
22	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	17
23	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	13
24	H00.0	Hordeolum und sonstige tiefe Entzündung des Augenlides	13
25	H02.1	Ektropium des Augenlides	12
26	H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	11
27	H20.0	Akute und subakute Iridozyklitis	11
28	H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	11

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
29	H44.1	Sonstige Endophthalmitis	11
30	H18.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Hornhaut	10

B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	437
2	H40	Glaukom	428
3	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	280
4	H25	Cataracta senilis	174
5	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	91
6	H43	Affektionen des Glaskörpers	78
7	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	70
8	H26	Sonstige Kataraktformen	59
9	H16	Keratitis	50
10	H27	Sonstige Affektionen der Linse	41
11	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	37
12	H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	30
13	H34	Netzhautgefäßverschluss	25
14	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	23
15	H44	Affektionen des Augapfels	18
16	S05	Verletzung des Auges und der Orbita	17
17	H20	Iridozyklitis	15
18	H00	Hordeolum und Chalazion	13
19	H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	10
20	B02	Zoster [Herpes zoster]	9
21	H04	Affektionen des Tränenapparates	9
22	H53	Sehstörungen	9
23	H21	Sonstige Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers	8
24	T26	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde	8
25	H46	Neuritis nervi optici	6
26	B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	4
27	T86	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben	4
28	H31	Sonstige Affektionen der Aderhaut	4
29	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
30	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[2700].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	H40	Glaukom	428
2	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	280
3	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	437
4	H25	Cataracta senilis	174
5	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	91
6	H43	Affektionen des Glaskörpers	78

B-[2700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	443
2	5-144.5a	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	428
3	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	362
4	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	356
5	5-157.0	Andere Operationen an der Choroidea: Subretinale Drainage	288
6	5-158.5	Pars-plana-Vitrektomie: Anfärben von Glaskörper, epiretinalen Membranen oder der Membrana limitans interna mit Triamcinolon oder Farbstofflösungen	274
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	181
8	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	167
9	5-155.0	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Diathermie	140
10	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	133
11	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	128
12	5-139.0	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Parazentese	125
13	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	121
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	119
15	5-158.43	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Silikonölimplantation	110
16	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	105
17	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölentfernung	92
18	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	89

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	89
20	5-139.12	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Einbringen von Medikamenten	82
21	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	80
22	5-142.1	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie, chirurgisch	71
23	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	67
24	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	61
25	3-690	Angiographie am Auge	61
26	5-156.1	Andere Operationen an der Retina: Retinektomie	60
27	5-131.61	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den Kammerwinkel	56
28	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	56
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	49
30	5-158.13	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	42

B-[2700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	1207
2	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	445
3	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	444
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	430
5	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	395
6	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	380
7	1-220	Messung des Augeninnendruckes	356
8	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	294
9	5-157	Andere Operationen an der Choroidea	288
10	5-156	Andere Operationen an der Retina	202
11	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	124
12	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	75
13	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	73
14	5-142	Kapsulotomie der Linse	72
15	8-020	Therapeutische Injektion	61
16	3-690	Angiographie am Auge	61

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	54
18	5-145	Andere Linsenextraktionen	53
19	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	49
20	5-129	Andere Operationen an der Kornea	30
21	5-125	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik	29
22	5-138	Operationen an der Sklera	24
23	5-137	Andere Operationen an der Iris	24
24	8-547	Andere Immuntherapie	20
25	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	18
26	5-115	Naht der Konjunktiva	17
27	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	17
28	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	17
29	5-147	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse	15
30	5-122	Operationen bei Pterygium	12

B-[2700].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	1207
2	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	455
3	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	444
4	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	395
5	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	380
6	1-220	Messung des Augeninnendruckes	356

B-[2700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Augenambulanz
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[2700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Augenambulanz	VA00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
2	Augenambulanz	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
3	Augenambulanz	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
4	Augenambulanz	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
5	Augenambulanz	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
6	Augenambulanz	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
7	Augenambulanz	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
8	Augenambulanz	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
9	Augenambulanz	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
10	Augenambulanz	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
11	Augenambulanz	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
12	Augenambulanz	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
13	Augenambulanz	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
14	Augenambulanz	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
15	Augenambulanz	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
16	Augenambulanz	VA18 - Laserchirurgie des Auges
17	Augenambulanz	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
18	Augenambulanz	VA15 - Plastische Chirurgie
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut einschließlich Erkrankungen der Makula
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva

#	Ambulanz	Leistung
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
33	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
34	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA18 - Laserchirurgie des Auges
35	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
36	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VA15 - Plastische Chirurgie

B-[2700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

B-[2700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144.5A	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	660
2	5-142.2	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser	110
3	5-091.30	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	83
4	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	75
5	5-093.2	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch horizontale Verkürzung des Augenlides	59
6	5-091.10	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	55
7	5-091.31	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	55

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
8	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	51
9	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	41
10	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	34
11	5-144.5E	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	27
12	5-091.11	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	27
13	5-154.0	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Kryopexie	24
14	5-094.2	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levator-/Aponeurosenresektion	22
15	5-112.2	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Exzision mit Plastik	19
16	5-094.1	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levator-/Aponeurosenfaltung	16
17	5-159.00	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana: Elektrolytlösung	16
18	5-149.0	Andere Operationen an der Linse: Einführung eines Kapselspannrings	15
19	5-094.3	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levatorreinsertion	11
20	5-093.1	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Naht	11
21	5-096.6	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Lideröffnung nach Lidrekonstruktion	10
22	5-146.2A	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	8
23	5-10K.0	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an 2 geraden Augenmuskeln	8
24	5-144.5B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	8
25	5-093.6	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Reposition einer Lidlamelle	8
26	5-129.4	Andere Operationen an der Kornea: Entfernung einer Hornhautnaht	8
27	5-123.21	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea: Keratektomie: Mit EDTA	8
28	5-095.11	Naht des Augenlides: Verschluss tiefer Liddefekte: Mit Beteiligung der Lidkante	8
29	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	7
30	5-122.3	Operationen bei Pterygium: Mit medikamentöser Rezidivprophylaxe	7

B-[2700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	698
2	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	232
3	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	113
4	5-142	Kapsulotomie der Linse	111
5	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	84
6	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	75
7	5-094	Korrekturoperation bei Blepharoptosis	49
8	5-097	Blepharoplastik	43
9	5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	24
10	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	16
11	5-149	Andere Operationen an der Linse	15
12	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	15
13	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	15
14	5-122	Operationen bei Pterygium	12
15	5-123	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea	10
16	5-095	Naht des Augenlides	8
17	5-10K	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	8
18	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	8
19	5-129	Andere Operationen an der Kornea	8
20	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	7
21	5-137	Andere Operationen an der Iris	6
22	5-090	Inzision des (erkrankten) Augenlides	< 4
23	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	< 4
24	5-124	Naht der Kornea	< 4
25	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	< 4
26	5-120	Operative Entfernung eines Fremdkörpers aus der Kornea	< 4
27	5-092	Operationen an Kanthus und Epikanthus	< 4

B-[2700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2700].11 Personelle Ausstattung

B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	10,73	Fälle je VK/Person	245,945938
Beschäftigungsverhältnis	Mit 10,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 2,59	Stationär	8,14

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,24	Fälle je VK/Person	612,2324
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,97	Stationär	3,27

B-[2700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ04 - Augenheilkunde

B-[2700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	27,84	Fälle je VK/Person	76,00607
Beschäftigungsverhältnis	Mit 27,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,5	Stationär	26,34

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,33	Fälle je VK/Person	1505,26306
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,33

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,71	Fälle je VK/Person	1170,76025
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,71

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	1,65	Fälle je VK/Person	1213,33337
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,65

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,76	Fälle je VK/Person	2634,21045
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,76

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,71	Fälle je VK/Person	2819,71851
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,71

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,83	Fälle je VK/Person	204,494385
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,04	Stationär	9,79

B-[2700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
8	PQ20 - Praxisanleitung
9	PQ01 - Bachelor
10	PQ07 - Pflege in der Onkologie
11	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
12	PQ21 - Casemanagement

B-[2700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP20 - Palliative Care
5	ZP02 - Bobath
6	ZP07 - Geriatrie
7	ZP16 - Wundmanagement

B-[2800] Klinik für Neurologie



Prof. Dr. med. Simon Nagel

B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Neurologie

B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

B-[2800].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Simon Nagel
Telefon	0621 503 4200
Fax	0621 503 4202
E-Mail	neurologie@klilu.de
Strasse	Bremserstraße
Hausnummer	79
PLZ	67067
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_a_z/neurologie/index_ger.html

B-[2800].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-[2800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
2	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
3	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
4	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
5	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
6	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
7	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
8	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
9	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
10	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
11	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
12	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
13	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
14	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
15	VN00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie seltener Stoffwechselleiden
	VN20 - Spezialsprechstunde
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Multiple Sklerose Ambulanz , Botulinumtoxin-Ambulanz, Neuromuskuläre Ambulanz, Ambulanz für Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen, Neurosonologische Ambulanz
17	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
18	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
19	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
20	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut

#	Medizinische Leistungsangebote
21	<p>VN00 - („Sonstiges“): Parkinsonnetz RheinNeckar+</p> <p>Das Parkinsonnetz RheinNeckar+ mit seinen Netzwerkteilnehmern aus Medizin, Pharmazie, Therapie, Pflege und Sozialmedizin sowie universitären Einrichtungen ist ein medizin. Versorgungsnetz für Patienten mit Parkinson. Die Neurologische Abteilung des Klinikums ist Gründungsmitglied des Netzwerks.</p>
22	<p>VN00 - („Sonstiges“): Zentrum Neurochirurgie3</p> <p>Das neu gegründete Zentrum „Neurochirurgie3“ ist eine Kooperation der Neurochirurgischen Klinik der Universitätsmedizin Mannheim, der BG Unfallklinik in Ludwigshafen sowie dem KliLU mit dem Zwecke der Optimierung der medizinischen Versorgung von Patienten mit neurochirurgischem Behandlungsbedarf.</p>
23	<p>VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum</p>
24	<p>VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC)</p> <p>Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</p>
25	<p>VO00 - („Sonstiges“): Neuromuskuläres Zentrum Rhein-Neckar</p> <p>Im Neuromuskulären Zentrum betreuen spezialisierte Neurologen und Neuropädiater in Zusammenarbeit mit verschiedenen anderen Fachdisziplinen Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen. Das Neuromuskuläre Zentrum Rhein-Neckar wurde 2023 von der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke rezertifiziert.</p>
26	<p>VN00 - („Sonstiges“): Telemedizinisches Schlaganfallnetzwerk Rheinland-Pfalz</p> <p>Zweck: die Versorgung in Rheinland-Pfalz flächendeckend auf einem hohen Niveau zu ermöglichen. Kern des Netzwerks sind die 6 überregionalen Stroke Units in Rheinland-Pfalz. Als Spezialisten auf dem Gebiet der Schlaganfallbehandlung stellen diese Zentren ihre Expertise rund um die Uhr zur Verfügung.</p>
27	<p>VN24 - Stroke Unit</p> <p>Die überregionale Stroke Unit ist nach den Kriterien der Schlaganfallgesellschaft und der Deutschen Schlaganfallhilfe durch die InterCertAG zertifiziert (Zertifikat gültig bis 23.08.2025). Sie ist das spezialisierte (Schlaganfall-)Zentrum zur Schlaganfallversorgung in der Vorderpfalz mit 15 Betten.</p>
28	<p>VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin</p> <p>In der Medizinische Notaufnahme werden Patienten von einem Neurologen erst versorgt. Zusätzlich besitzt die Klinik eine überregionale Stroke Unit mit 15 Betten sowie neurologisch geführten Betten auf der medizinischen Intensivstation mit 28 Intensivbetten, davon 12 Beatmungsplätze.</p>
29	<p>VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme</p> <p>Behandlung von Notfällen (24h)</p>

B-[2800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2784
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	391
2	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	230
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	156
4	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	120
5	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	117
6	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	74
7	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	72
8	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	60
9	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	50
10	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	49
11	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	45
12	R42	Schwindel und Taumel	40
13	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	39
14	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	38
15	R51	Kopfschmerz	30
16	R20.1	Hypästhesie der Haut	29
17	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfuktuation	29
18	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	26
19	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	26
20	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	26
21	H81.2	Neuropathia vestibularis	25
22	G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	23
23	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	22
24	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	21
25	G40.8	Sonstige Epilepsien	20
26	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	20

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
27	R55	Synkope und Kollaps	18
28	G12.2	Motoneuron-Krankheit	17
29	E86	Volumenmangel	16
30	G44.2	Spannungskopfschmerz	16

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	758
2	G40	Epilepsie	328
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	316
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	147
5	H81	Störungen der Vestibularfunktion	71
6	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	64
7	I61	Intrazerebrale Blutung	62
8	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	42
9	R42	Schwindel und Taumel	40
10	G41	Status epilepticus	40
11	G43	Migräne	40
12	S06	Intrakranielle Verletzung	30
13	R51	Kopfschmerz	30
14	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	26
15	G62	Sonstige Polyneuropathien	26
16	H34	Netzhautgefäßverschluss	24
17	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	23
18	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	23
19	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	21
20	G61	Polyneuritis	19
21	R55	Synkope und Kollaps	18
22	D43	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	18
23	G12	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	17
24	F45	Somatoforme Störungen	17
25	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	16
26	E86	Volumenmangel	16

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
27	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	16
28	G91	Hydrozephalus	15
29	H49	Strabismus paralyticus	14
30	G50	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	13

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	758
2	G40	Epilepsie	328
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	316
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	147
5	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	64
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	71
7	I61	Intrazerebrale Blutung	62
8	G61	Polyneuritis	19
9	R51	Kopfschmerz	30
10	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	21
11	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	9
12	G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	12

B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2688
2	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1156
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	981
4	1-205	Elektromyographie [EMG]	541
5	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	370
6	8-981.30	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	328
7	8-981.32	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden	324
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	316

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
9	8-981.33	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	283
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	262
11	1-206	Neurographie	252
12	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	242
13	8-981.31	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	217
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	192
15	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	180
16	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	180
17	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	109
18	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	83
19	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	79
20	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	77
21	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	76
22	8-83b.87	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Thrombektomie-Aspirationskatheter	65
23	1-902.0	Testpsychologische Diagnostik: Einfach	64
24	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	37
25	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	34
26	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	31
27	8-83b.9	Zusatzinformationen zu Materialien: Einsatz eines Embolieprotektionssystems	28
28	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	25
29	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	24
30	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	23

B-[2800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2688
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1162
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1152
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	993

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	981
6	1-205	Elektromyographie [EMG]	541
7	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	378
8	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	357
9	8-547	Andere Immuntherapie	265
10	1-206	Neurographie	252
11	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	209
12	8-020	Therapeutische Injektion	180
13	1-902	Testpsychologische Diagnostik	64
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	45
15	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	34
16	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	34
17	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	32
18	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	30
19	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	26
20	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	24
21	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	23
22	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	23
23	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	12
24	6-00c	Applikation von Medikamenten, Liste 12	11
25	8-701	Einfache endotracheale Intubation	11
26	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	11
27	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	8
28	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	7
29	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	7
30	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	7

B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2688
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1162
3	8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	1152
4	1-205	Elektromyographie [EMG]	541
5	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	370
6	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	357
7	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	180
8	8-547.3	Andere Immuntherapie: Immunsuppression	259
9	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	24
10	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	11

B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz für Multiple Sklerose Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz für Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Botulinumtoxin-Ambulanz Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen: Ambulante Behandlung extrapyramidaler Erkrankungen mit Botulinus-Toxin unter EMG-Kontrolle.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Neuromuskuläre Ambulanz Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz Auf Überweisung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologen. In der Ambulanz werden schwerpunktmäßig Beratungsleistungen angeboten.
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
8	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
9	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
10	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
11	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h) In der Zentralen Notaufnahme werden die neurologischen Patienten erst versorgt.

B-[2800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“): Behandlung symptomatischer Beschwerden
2	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“): Indikationsprüfung einer immunmodulatorischen Therapie
3	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“): Differentialdiagnostische Abklärung einer Multiplen Sklerose
4	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN00 - („Sonstiges“): Therapieeinleitung und Überwachung
5	Ambulanz für Multiple Sklerose	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
6	Botulinumtoxin-Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“): Behandlung von Hemispasmus, Blepharospasmus, fokalen Dystonien und Spastik der Extremitäten
7	Botulinumtoxin-Ambulanz	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen

#	Ambulanz	Leistung
8	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“): Indikationsstellung zur Intervention neurovaskulärer Befunde
9	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“): Verlaufskontrolle komplizierter, komplexer neurovaskulärer Befunde
10	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
11	Gefäßambulanz/Neurosonologische Ambulanz	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
12	Neuromuskuläre Ambulanz	VN00 - („Sonstiges“): Differentialdiagnostische Abgrenzung zu funktionellen Störungen
13	Neuromuskuläre Ambulanz	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
14	Neuromuskuläre Ambulanz	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
15	Ambulanz für Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik, Differentialdiagnose und Therapieempfehlungen bei M. Parkinson, anderen Parkinson-Syndromen und anderen Bewegungsstörungen (Dystonien, Chorea, Ballismus u.a.)
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
23	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
24	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
25	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
26	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
27	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
28	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
29	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
30	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
31	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
32	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
33	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VN23 - Schmerztherapie
34	Zentrale Notaufnahme	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
35	Zentrale Notaufnahme	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
36	Zentrale Notaufnahme	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

B-[2800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
2	ASV Gastrointestinale Tumore	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
3	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
4	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

B-[2800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	30

B-[2800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	30

B-[2800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2800].11 Personelle Ausstattung

B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	24,16	Fälle je VK/Person	117,7665	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,66	Ohne	0,5
Versorgungsform	Ambulant	0,52	Stationär	23,64

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		8,53	Fälle je VK/Person	345,409424
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,03	Ohne	0,5
Versorgungsform	Ambulant	0,47	Stationär	8,06

B-[2800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ42 - Neurologie

B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[2800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		52,63	Fälle je VK/Person	54,20561
Beschäftigungsverhältnis	Mit	52,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,27	Stationär	51,36

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,36	Fälle je VK/Person	2047,05884
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,36

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,68	Fälle je VK/Person	1038,80591
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,68

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,99	Fälle je VK/Person	2812,121
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,99

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,74	Fälle je VK/Person	3762,162
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,74

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,7	Fälle je VK/Person	592,340454
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,7

In der Neurologischen Klinik sind zusätzlich folgende Berufsgruppen vertreten:

Logopädie: 2,87 VK

Neuropsychologie auf Honorarbasis: 0,5 VK

B-[2800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ12 - Notfallpflege
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ22 - Intermediate Care Pflege
8	PQ06 - Master
9	PQ07 - Pflege in der Onkologie
10	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
11	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
12	PQ21 - Casemanagement

B-[2800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP16 - Wundmanagement
7	ZP18 - Dekubitusmanagement
8	ZP23 - Breast Care Nurse
9	ZP07 - Geriatrie
10	ZP24 - Deeskalationstraining
11	ZP20 - Palliative Care
12	ZP29 - Stroke Unit Care

B-[3300] Klinik für Strahlentherapie



Prof. Dr. med. Matthias Uhl

B-[3300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Strahlentherapie

B-[3300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3300 - Strahlenheilkunde
2	3200 - Nuklearmedizin

B-[3300].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Matthias Uhl
Telefon	0621 503 3800
Fax	0621 503 3838
E-Mail	strahlen@klilu.de
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-[3300].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-[3300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie
2	VR31 - Orthovoltstrahlentherapie
3	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
4	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
5	VR34 - Radioaktive Moulagen
6	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
7	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
8	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
9	Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR18 - Szintigraphie
10	Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden
11	Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
12	Kooperationsvertrag mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR39 - Radiojodtherapie
13	Die Betreuung der stationären nuklearmedizinischen Patienten erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Nuklearmedizin Dr. B. Sattler. Die Praxis befindet sich auf dem Klinikgelände.
	VR40 - Spezialsprechstunde
14	Privatambulanz, Ambulanz, Interdisziplinäre Thoraxonkologische Zweitmeinungssprechstunde
	VR00 - („Sonstiges“): Teil des zertifizierten Onkologischen Zentrums und allen zertifizierten Organzentren
15	Als Teil des zertifizierten Onkologischen Zentrums Ludwigshafen und der zugeordneten und ebenfalls zertifizierten Organzentren arbeiten wir bei der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge der Patienten eng mit allen beteiligten Fachdisziplinen zusammen.
	VX00 - („Sonstiges“): MVZ des Klinikums Ludwigshafen Strahlentherapie
16	Ambulante Strahlentherapie

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Mitglied im Kernteam über das MVZ
18	VU00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Mitglied im Kernteam
19	VU00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Mitglied im Kernteam über das MVZ

B-[3300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	566
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	109
2	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	46
3	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	45
4	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	38
5	C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet	22
6	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	21
7	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	20
8	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	20
9	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	17
10	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	17
11	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	13
12	C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris	13
13	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	11
14	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	9
15	C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand	8
16	C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	8
17	C37	Bösartige Neubildung des Thymus	8
18	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	7
19	C32.8	Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend	7
20	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	6
21	C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch	6
22	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	5

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
23	C52	Bösartige Neubildung der Vagina	5
24	C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis	5
25	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	5
26	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	4
27	C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet	4
28	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	4
29	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	4
30	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	4

B-[3300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	111
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	109
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	64
4	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	36
5	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	34
6	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	23
7	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	21
8	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	20
9	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	18
10	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	13
11	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	12
12	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	11
13	E04	Sonstige nichttoxische Struma	9
14	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	9
15	C37	Bösartige Neubildung des Thymus	8
16	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	8
17	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	6
18	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	5
19	C52	Bösartige Neubildung der Vagina	5
20	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	5
21	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	5
22	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	4
23	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	< 4
25	C16	Bösartige Neubildung des Magens	< 4
26	C30	Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres	< 4
27	C43	Bösartiges Melanom der Haut	< 4
28	R55	Synkope und Kollaps	< 4
29	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	< 4
30	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[3300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	2276
2	8-52e	Eine oder mehrere simultan-integrierte Boost-Bestrahlungen [SIB]	319
3	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	178
4	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	172
5	8-531.00	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	81
6	8-531.11	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	65
7	8-531.10	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	62
8	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	59
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	58
10	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	52
11	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	41
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	33
13	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	29
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	27
15	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	27
16	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	22
17	8-520.0	Oberflächenstrahlentherapie: Bis zu 2 Bestrahlungsfelder	18
18	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	16

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	14
20	8-531.01	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	14
21	8-543.42	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	13
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	11
23	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	8
24	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	7
25	8-531.21	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie mit 5 oder mehr GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	7
26	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	6
27	8-52d	Intraoperative Strahlentherapie mit Röntgenstrahlung	5
28	6-002.73	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 12 mg bis unter 18 mg	5
29	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	5
30	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	5

B-[3300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	2453
2	8-52e	Eine oder mehrere simultan-integrierte Boost-Bestrahlungen [SIB]	319
3	8-531	Radiojodtherapie	229
4	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	205
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	163
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	52
7	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	48
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	36
9	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	33
10	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	29
11	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	22
12	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	18
13	8-520	Oberflächenstrahlentherapie	18
14	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	15
15	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	8

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	7
17	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	7
18	8-52d	Intraoperative Strahlentherapie mit Röntgenstrahlung	5
19	8-547	Andere Immuntherapie	5
20	6-00f	Applikation von Medikamenten, Liste 15	5
21	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	4
22	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	< 4
23	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	< 4
24	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
25	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4
26	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
27	1-420	Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle	< 4
28	5-312	Permanente Tracheostomie	< 4
29	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
30	5-320	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus	< 4

B-[3300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Strahlentherapie Ambulante Strahlentherapie
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Mitglied im Kernteam
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Mitglied im Kernteam über das MVZ
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Mitglied im Kernteam über das MVZ

B-[3300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Fachbereich Strahlentherapie	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
2	Fachbereich Strahlentherapie	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
3	Fachbereich Strahlentherapie	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
4	Fachbereich Strahlentherapie	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
5	Fachbereich Strahlentherapie	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie

B-[3300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
2	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
3	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-[3300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3300].11 Personelle Ausstattung

In der Klinik für Strahlentherapie sind zusätzlich 5,30VK MTRA beschäftigt.

B-[3300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	4,46	Fälle je VK/Person	126,90583	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,46

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,56	Fälle je VK/Person	221,09375
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,56

B-[3300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ58 - Strahlentherapie
2	AQ23 - Innere Medizin
3	AQ44 - Nuklearmedizin

B-[3300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin

B-[3300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
--	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		11,63	Fälle je VK/Person	48,66724
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,63

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,17	Fälle je VK/Person	483,7607
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,17

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,36	Fälle je VK/Person	239,830521
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,36

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,2	Fälle je VK/Person	2830
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,87	Fälle je VK/Person	690,2439
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	0,82

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,45	Fälle je VK/Person	220,233475
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,88	Stationär	2,57

B-[3300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ02 - Diplom
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ07 - Pflege in der Onkologie
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
7	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP02 - Bobath
5	ZP20 - Palliative Care
6	ZP06 - Ernährungsmanagement
7	ZP07 - Geriatrie
8	ZP13 - Qualitätsmanagement
9	ZP23 - Breast Care Nurse

B-[3400] Hautklinik

Prof. Dr. med. Edgar Dippel

B-[3400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Hautklinik

B-[3400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3400 - Dermatologie

B-[3400].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Edgar Dippel
Telefon	0621 503 3303
Fax	0621 503 3366
E-Mail	hautklinik@klilu.de
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-[3400].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-[3400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
2	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
3	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
4	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
5	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
6	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
7	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
8	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
9	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
10	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
11	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
12	VD12 - Dermatochirurgie
13	VD15 - Dermatohistologie
14	VD16 - Dermatologische Lichttherapie
15	VD17 - Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
16	VD18 - Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
17	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
18	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
19	VD20 - Wundheilungsstörungen
20	VD00 - („Sonstiges“): Operationen von Lidtumoren
21	VD00 - („Sonstiges“): Konservative und operative Therapie des Ulcus cruris
22	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie der männlichen Genitalorgane
23	VD13 - Ästhetische Dermatologie
24	VD00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
25	VD11 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Kassenambulanz (Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Onkosprechstunde)

#	Medizinische Leistungsangebote
26	VD00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Mitglied im Kernteam
27	VD00 - („Sonstiges“): Studienzentrum der Hautklinik Es werden klinische Studien durchgeführt, die der Einführung neuartiger Arzneistoffe im Bereich der Hautkrebsbehandlung und der der allgemeinen Hauterkrankungen dienen. Die Kernkompetenz liegt in der qualitätsgesicherten Durchführung von pharmazeutischen Studien der Phasen II-IV.
28	VD00 - („Sonstiges“): Hauttumorzentrum Das Hauttumorzentrum Rheinpfalz ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).
29	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[3400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2715
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	989
2	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	145
3	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	91
4	A46	Erysipel [Wundrose]	90
5	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	83
6	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	76
7	B02.9	Zoster ohne Komplikation	67
8	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	64
9	L40.0	Psoriasis vulgaris	63
10	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	55
11	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	51
12	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	49
13	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	45
14	C44.59	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes	41
15	L20.8	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem	32
16	L12.0	Bullöses Pemphigoid	30
17	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	28

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	L73.2	Hidradenitis suppurativa	26
19	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	25
20	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	23
21	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	23
22	D23.3	Sonstige gutartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	23
23	L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	22
24	B86	Skabies	21
25	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	21
26	L28.2	Sonstige Prurigo	19
27	C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	16
28	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	14
29	C43.4	Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses	14
30	C00.1	Bösartige Neubildung: Äußere Unterlippe	13

B-[3400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1413
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	270
3	D03	Melanoma in situ	95
4	A46	Erysipel [Wundrose]	90
5	B02	Zoster [Herpes zoster]	79
6	L40	Psoriasis	69
7	L30	Sonstige Dermatitis	51
8	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	49
9	D04	Carcinoma in situ der Haut	45
10	D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	43
11	I83	Varizen der unteren Extremitäten	38
12	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	38
13	L12	Pemphigoidkrankheiten	31
14	L73	Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	27
15	L28	Lichen simplex chronicus und Prurigo	26
16	B86	Skabies	21
17	C00	Bösartige Neubildung der Lippe	21

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
18	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	18
19	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	16
20	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	13
21	C84	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	13
22	L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	12
23	L08	Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	12
24	L88	Pyoderma gangraenosum	11
25	L43	Lichen ruber planus	11
26	L50	Urtikaria	11
27	D22	Melanozytennävus	11
28	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	8
29	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	8
30	T88	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	7

B-[3400].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1413
2	C43	Bösartiges Melanom der Haut	270
3	D03	Melanoma in situ	95
4	L40	Psoriasis	69
5	A46	Erysipel [Wundrose]	90
6	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	49

B-[3400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	1737
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	1439
3	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	1023
4	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	511
5	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	427

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	5-919.0	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung: 3-5 Tumoren	318
7	5-913.b4	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Sonstige Teile Kopf	298
8	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	279
9	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	274
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	249
11	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	218
12	8-191.40	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Überknüpfpolsterverband, großflächig: Ohne Immobilisation durch Gipsverband	216
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	197
14	5-895.1a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	159
15	5-895.54	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	143
16	5-916.7a	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	141
17	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	138
18	5-913.ba	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Brustwand und Rücken	134
19	5-913.54	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	133
20	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	120
21	8-560.3	Lichttherapie: Lichttherapie UVA 1	120
22	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	119
23	1-490.4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Rumpf	113
24	5-895.1f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	112
25	5-895.5a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	104
26	5-916.7f	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	103
27	5-913.24	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	95

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	91
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	86
30	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	74

B-[3400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2630
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	2541
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1594
4	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	1322
5	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	1192
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	665
7	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	484
8	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	410
9	1-490	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut	374
10	5-919	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung	354
11	5-915	Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	342
12	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	330
13	8-560	Lichttherapie	219
14	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	154
15	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	126
16	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	119
17	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	113
18	8-547	Andere Immuntherapie	107
19	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	69
20	5-985	Lasertechnik	65
21	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	64
22	1-415	Biopsie ohne Inzision an der Gesichtshaut	57
23	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	57
24	5-389	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen	56
25	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	46
26	8-030	Spezifische allergologische Immuntherapie	45

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	38
28	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	20
29	5-907	Revision einer Hautplastik	17
30	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	17

B-[3400].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2630
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1594
3	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	484
4	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	410
5	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	126
6	1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung	15

B-[3400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kassenambulanz Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Melanomsprechstunde, Onkosprechstunde Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Lymphomsprechstunde Überweisung durch niedergelassene Hautärzte erforderlich
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Basaliomsprechstunde
5	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	Berufsdermatologische Sprechstunde Detaillierte Untersuchung und Anamneseerhebung Allergologische Diagnostik (Hauttestung, Laboruntersuchungen) Stadiengerechte Therapie und Betreuung in der berufsdermatologischen Sprechstunde Hautschutz- und Präventionsberatung Hautarztberichterstellung, Gutachtenwesen
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Mitglied im Kernteam

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
7	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[3400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD13 - Ästhetische Dermatologie
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
13	Kassenambulanz	VD00 - („Sonstiges“): Allergiesprechstunde, Autoimmunsprechstunde, Basaliomsprechstunde, Berufsdermatologische Sprechstunde, Lymphomsprechstunde, Melanomsprechstunde, Onkosprechstunde
14	Berufsdermatologische Sprechstunde	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
15	Berufsdermatologische Sprechstunde	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

B-[3400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen

B-[3400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-903.19	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Hand	9
2	5-903.1G	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Fuß	< 4
3	5-903.6F	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Unterschenkel	< 4

B-[3400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	13

B-[3400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3400].11 Personelle Ausstattung**B-[3400].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	14,79	Fälle je VK/Person	190,526321
Beschäftigungsverhältnis	Mit 14,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,54	Stationär	14,25

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	5,23	Fälle je VK/Person	570,3781
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,47	Stationär	4,76

B-[3400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ20 - Haut- und Geschlechtskrankheiten Volle Weiterbildungsbefugnis (60 Monate)

B-[3400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF03 - Allergologie Volle Weiterbildungsbefugnis (18 Monate)
2	ZF06 - Dermatohistologie (MWBO 2003)
3	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie Volle Weiterbildungsbefugnis (12 Monate)
4	ZF31 - Phlebologie Weiterbildung (6 Monate)

B-[3400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	24,46	Fälle je VK/Person	113,503342	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,54	Stationär	23,92

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,18	Fälle je VK/Person	15083,333	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,18

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	2,63	Fälle je VK/Person	1032,31934	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,63

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt	0,14	Fälle je VK/Person	19392,8574	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,14

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	1,61	Fälle je VK/Person	1686,33545	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,61

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	9,48	Fälle je VK/Person	362,9679	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	7,48

B-[3400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
---	--

6	PQ20 - Praxisanleitung
---	------------------------

7	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
---	----------------------------------

8	PQ12 - Notfallpflege
---	----------------------

B-[3400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
---	---------------------

1	ZP01 - Basale Stimulation
---	---------------------------

2	ZP08 - Kinästhetik
---	--------------------

3	ZP14 - Schmerzmanagement
---	--------------------------

4	ZP16 - Wundmanagement
---	-----------------------

5	ZP02 - Bobath
---	---------------

6	ZP03 - Diabetes
---	-----------------

7	ZP07 - Geriatrie
---	------------------

8	ZP20 - Palliative Care
---	------------------------



B-[3500] Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Robert Andreas Mischkowski

B-[3500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie

B-[3500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3500 - Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie

B-[3500].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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

B-[3500].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-[3500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
2	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
3	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
4	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie Chirurgie (computerunterstützt), Patientenspezifische Implantate
5	VZ17 - Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
6	VZ20 - Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
7	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
8	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
9	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
10	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
11	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
12	VZ03 - Dentale Implantologie
13	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
14	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
15	VZ19 - Laserchirurgie
16	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie Interdisziplinäre Korrektur von Schädelnahtsynostosen
17	VZ12 - Epithetik Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen
18	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunden Privatsprechstunde, Allgemeine Ambulanz, Tumornachsorge, Mundschleimhautrekrankungen, Rekonstruktive Chirurgie, Dysgnathie, Kiefergelenk (CMD) Kraniofaziale Fehlbildungen + Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, Implantate + Knochenaufbau, Plastisch-ästhetische Chirurgie, Kiefernekrosen
19	VX00 - („Sonstiges“): Kopf-Hals-Tumorzentrum Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert (Zertifikat gültig bis 07.12.2025).
20	VZ00 - („Sonstiges“): Spaltzentrum Rhein-Neckar 2015 wurde das interdisziplinäre, sektorenübergreifende Kompetenzzentrum zur Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte unter der Bezeichnung Spaltzentrum Rhein-Neckar gegründet. Das Spaltzentrum besteht aus den Einrichtungen der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und der HNO.

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[3500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1043
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	76
2	K10.28	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer	65
3	K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	65
4	S06.0	Gehirnerschütterung	59
5	K04.5	Chronische apikale Parodontitis	53
6	K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	47
7	S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	33
8	K13.7	Sonstige und nicht näher bezeichnete Läsionen der Mundschleimhaut	32
9	K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	31
10	K04.7	Periapikaler Abszess ohne Fistel	29
11	S02.3	Fraktur des Orbitabodens	23
12	S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile	22
13	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	20
14	K08.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	19
15	S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae	18
16	K08.2	Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes	16
17	K05.3	Chronische Parodontitis	15
18	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	15
19	K02.1	Karies des Dentins	15
20	S02.60	Unterkieferfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	13
21	K12.20	Mund- (Boden-) Phlegmone	13
22	S01.51	Offene Wunde: Lippe	10
23	K01.0	Retinierte Zähne	10
24	C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch	10

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
25	S02.1	Schädelbasisfraktur	10
26	K12.23	Wangenabszess	9
27	S02.5	Zahnfraktur	9
28	C03.0	Bösartige Neubildung: Oberkieferzahnfleisch	8
29	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	8
30	S02.2	Nasenbeinfraktur	8

B-[3500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	226
2	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	167
3	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	93
4	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	75
5	S06	Intrakranielle Verletzung	67
6	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	45
7	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	42
8	K13	Sonstige Krankheiten der Lippe und der Mundschleimhaut	35
9	S01	Offene Wunde des Kopfes	31
10	K02	Zahnkaries	20
11	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	19
12	K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	19
13	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	18
14	J32	Chronische Sinusitis	13
15	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	13
16	D16	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels	11
17	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	10
18	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	9
19	K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	8
20	S03	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Kopfes	6
21	K00	Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	5
22	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	5
23	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	5
24	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	4
25	A46	Erysipel [Wundrose]	4
26	C06	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
27	C00	Bösartige Neubildung der Lippe	4
28	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	4
29	H05	Affektionen der Orbita	4
30	Q35	Gaumenspalte	4

B-[3500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	159
2	5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	145
3	5-241.0	Gingivoplastik: Lappenoperation	130
4	5-769.2	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	99
5	5-230.1	Zahnextraktion: Mehrwurzeliger Zahn	85
6	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	84
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	83
8	5-766.3	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, von außen	75
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	72
10	5-770.7	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	70
11	5-273.1	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Inzision und Drainage, vestibulär subperiostal	70
12	8-925.00	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit Stimulationselektroden	64
13	5-270.6	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär, kieferwinkelnah	56
14	5-270.5	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär	54
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	50
16	5-783.0d	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken	50
17	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	49
18	5-230.2	Zahnextraktion: Mehrere Zähne eines Quadranten	48
19	5-77b.0	Knochentransplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen: Transplantation von Spongiosa, autogen	44
20	5-760.23	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	42
21	5-249.2	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen: Operative Fixation eines kieferorthopädischen Gerätes	41

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	5-244.20	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	39
23	5-770.5	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)	39
24	5-230.0	Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn	38
25	5-984	Mikrochirurgische Technik	37
26	5-279.0	Andere Operationen am Mund: Operative Blutstillung	36
27	5-770.11	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Entfernung eines Sequesters	35
28	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	34
29	5-221.7	Operationen an der Kieferhöhle: Osteoplastische Operation, transoral	32
30	5-225.5	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer oroantralen Verbindung	32

B-[3500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-230	Zahnextraktion	346
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	266
3	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	176
4	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	173
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	159
6	5-241	Gingivaplastik	150
7	5-270	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	145
8	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	106
9	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	106
10	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	101
11	5-766	Reposition einer Orbitafraktur	94
12	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	78
13	5-760	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur	77
14	5-77b	Knochentransplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	73
15	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	69
16	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	61
17	5-765	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae	58
18	5-778	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht	53
19	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	50

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	50
21	5-249	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen	49
22	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	45
23	5-764	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae	45
24	5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	38
25	5-984	Mikrochirurgische Technik	37
26	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	37
27	5-279	Andere Operationen am Mund	36
28	5-908	Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel	34
29	5-774	Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla	33
30	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	32

B-[3500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	
2	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz Tumornachsorge
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	
3	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz Mundschleimhauterkrankungen
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	
4	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz Rekonstruktive Chirurgie

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz Dysgnathie
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion)
7	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz LKG-Spalten und Kraniofaziale Fehlbildungen
8	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz Implantate und Knochenaufbau
9	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz Plastisch-ästhetische Chirurgie
10	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	MKPG-Ambulanz Kiefernekrosen
11	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Behandlung von Notfällen (24h)

B-[3500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ03 - Dentale Implantologie
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ11 - Endodontie
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ12 - Epithetik
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
15	MKPG-Ambulanz Rekonstruktive Chirurgie	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
16	MKPG-Ambulanz CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion)	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
17	MKPG-Ambulanz CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion)	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
18	MKPG-Ambulanz LKG-Spalten und Kraniofaziale Fehlbildungen	VZ17 - Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
19	MKPG-Ambulanz Dysgnathie	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
20	MKPG-Ambulanz Dysgnathie	VZ18 - Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs
21	MKPG-Ambulanz Implantate und Knochenaufbau	VZ03 - Dentale Implantologie
22	MKPG-Ambulanz Implantate und Knochenaufbau	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
23	MKPG-Ambulanz Kiefernekrosen	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
24	MKPG-Ambulanz Mundschleimhautrekrankungen	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

#	Ambulanz	Leistung
25	MKPG-Ambulanz Tumornachsorge	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
26	MKPG-Ambulanz Plastisch-ästhetische Chirurgie	VZ02 - Ästhetische Zahnheilkunde
27	MKPG-Ambulanz Plastisch-ästhetische Chirurgie	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-[3500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	45
2	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	39
3	5-231.23	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagerter (impaktierter) Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	25
4	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	16
5	5-225.4	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer alveoloantralen Fistel	15
6	5-231.13	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagerter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	13
7	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	10
8	5-231.20	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagerter (impaktierter) Zahn: Ein Zahn	9
9	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	6
10	5-902.14	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	5
11	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	5
12	5-903.1A	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	4
13	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	4
14	5-245.1	Zahnfreilegung: Mit Osteotomie	4
15	5-903.16	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Schulter und Axilla	4
16	5-231.02	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	4
17	5-231.22	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagerter (impaktierter) Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	< 4
18	5-243.0	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers: Am Oberkiefer ohne Eröffnung der Kieferhöhle	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
19	5-231.12	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagerter Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	< 4
20	5-903.17	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	< 4
21	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
22	5-241.4	Gingivoplastik: Korrektur von Schleimhautbändern	< 4
23	5-237.20	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung: Wurzelspitzenresektion im Seitenzahnbereich: Ohne Wurzelkanalbehandlung	< 4
24	5-241.0	Gingivoplastik: Lappenoperation	< 4
25	5-259.1	Andere Operationen an der Zunge: Durchtrennung des Frenulum linguae	< 4
26	5-903.25	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Hals	< 4
27	5-244.20	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	< 4
28	5-259.2	Andere Operationen an der Zunge: Plastik des Frenulum linguae	< 4
29	5-903.94	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
30	5-272.0	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Exzision, lokal	< 4

B-[3500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	72
2	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	45
3	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	39
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	38
5	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	15
6	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	7
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	5
8	5-245	Zahnfreilegung	4
9	5-241	Gingivoplastik	< 4
10	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	< 4
11	5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung	< 4
12	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
13	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
14	5-905	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle	< 4
15	5-272	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	< 4
16	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	< 4

B-[3500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3500].11 Personelle Ausstattung**B-[3500].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	8,4	Fälle je VK/Person	154,062042	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,63	Stationär	6,77

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,19	Fälle je VK/Person	326,959229	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,19

B-[3500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
2	AQ74 - Allgemeine Zahnheilkunde
3	AQ66 - Oralchirurgie

B-[3500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen (MWBO 2003)

B-[3500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	13	Fälle je VK/Person	93,96396	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,9	Stationär	11,1

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,16	Fälle je VK/Person	6518,75	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,16

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,54	Fälle je VK/Person	1931,48145
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,54

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,68	Fälle je VK/Person	1533,82349
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,68

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,18	Fälle je VK/Person	5794,44434
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,18

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,18	Fälle je VK/Person	5794,44434
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,18

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,64	Fälle je VK/Person	635,975647
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,64

B-[3500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
8	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
9	PQ20 - Praxisanleitung
10	PQ01 - Bachelor
11	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
12	PQ21 - Casemanagement

B-[3500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP02 - Bobath
5	ZP20 - Palliative Care
6	ZP03 - Diabetes
7	ZP07 - Geriatrie
8	ZP16 - Wundmanagement



B-[3600] Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin



Prof. Dr. med. Wolfgang Zink

B-[3600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

B-[3600].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Wolfgang Zink
Telefon	0621 503 3001
Fax	0621 503 3024
E-Mail	anaesthesie@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/kliniken_anaesthesiologie_operative_intensivmedizin_notfallmedizin/index_ger.htm ↓

B-[3600].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-[3600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VX00 - („Sonstiges“): Klinische Anästhesiologie, Schmerztherapie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin Die Klinik ist verantwortlich für die Durchführung von über 19.000 Anästhesieleistungen pro Jahr bei operativen und diagnostischen Eingriffen, die Betreuung schwerstkranker Patienten auf der operativen Intensivstation sowie für die Therapie akuter und chronischer Schmerzzustände.</p> <p>VX00 - („Sonstiges“): Operative Intensivmedizin</p>
2	<p>Auf der operativen Intensivstation wurden 2023 1.033 Patienten aller Altersstufen betreut (vorwiegend postoperative Patienten). Es stehen 16 Beatmungsplätze zur Verfügung)</p>
3	<p>VI40 - Schmerztherapie Individuelle medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapiekonzepte, Schmerzpumpen (PCA), Periduralkatheter (PDK, PDA) mit Pumpen, interdisziplinäre Betreuung von Tumorpatienten, Akupunktur, TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation), periphere Nervenblockaden</p>
4	<p>VX00 - („Sonstiges“): Akut-Schmerzdienst 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.</p>
5	<p>VI27 - Spezialsprechstunde Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes, Prämedikationsambulanz</p>
6	<p>VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut</p>
7	<p>VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt</p>
8	<p>VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut</p>
9	<p>VA00 - („Sonstiges“): Cardiac Arrest Center (CAC) Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)</p>
10	<p>VX00 - („Sonstiges“): Kooperationspartner Tumorzentren Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin ist ein interner Kooperationspartner für mehrere zertifizierte Organzentren: Brustzentrum Ludwigshafen Darmzentrum Rheinpfalz Gefäßzentrum Hauttumorzentrum Rheinpfalz Onkologisches Zentrum Ludwigshafen Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz</p>
11	<p>VC00 - („Sonstiges“): Präklinische Notfallmedizin Zur Notfallversorgung der Bevölkerung Ludwigshafens steht am Klinikum rund um die Uhr ein Notarzt-Einsatz-Fahrzeug (NEF) bereit. Die Organisation des Notarztstandorts untersteht der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin. Die ärztliche Besetzung übernehmen ca. 30 Ärzt*innen</p>

Medizinische Leistungsangebote

VC71 - Notfallmedizin

- 12 Die Notfallmedizin ist eine der vier Säulen der Anästhesiologie. Eine 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.

B-[3600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	114
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-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	4
2	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
3	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	< 4
4	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
5	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	< 4
6	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	< 4
7	J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes	< 4
8	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	< 4
9	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
10	C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	< 4
11	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	< 4
12	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
13	A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	< 4
14	I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	< 4
15	S27.2	Traumatischer Hämatothorax	< 4
16	S27.81	Verletzung: Zwerchfell	< 4
17	S31.80	Offene Wunde sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Abdomens	< 4
18	T79.68	Traumatische Muskelschämie sonstiger Lokalisation	< 4
19	S35.88	Verletzung sonstiger Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
20	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
21	S36.3	Verletzung des Magens	< 4
22	S37.1	Verletzung des Harnleiters	< 4
23	T83.0	Mechanische Komplikation durch einen Harnwegskatheter (Verweilkatheter)	< 4
24	R18	Aszites	< 4
25	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	< 4
26	N49.80	Fournier-Gangrän beim Mann	< 4
27	S27.1	Traumatischer Hämatothorax	< 4
28	T17.9	Fremdkörper in den Atemwegen, Teil nicht näher bezeichnet	< 4
29	S37.22	Ruptur der Harnblase	< 4
30	T17.5	Fremdkörper im Bronchus	< 4

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	A41	Sonstige Sepsis	9
2	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	6
3	I70	Atherosklerose	5
4	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	5
5	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	4
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	4
7	J86	Pyothorax	4
8	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	4
9	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	< 4
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	< 4
11	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	< 4
12	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	< 4
13	I63	Hirnfarkt	< 4
14	K85	Akute Pankreatitis	< 4
15	T17	Fremdkörper in den Atemwegen	< 4
16	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	< 4
17	K43	Hernia ventralis	< 4
18	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	< 4
19	S37	Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane	< 4
20	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
21	C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	< 4
23	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
24	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
25	C92	Myeloische Leukämie	< 4
26	B02	Zoster [Herpes zoster]	< 4
27	C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	< 4
28	M72	Fibromatosen	< 4
29	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
30	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	< 4

B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	333
2	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	283
3	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	279
4	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	204
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	166
6	8-900	Intravenöse Anästhesie	154
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	151
8	8-701	Einfache endotracheale Intubation	145
9	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	70
10	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	66
11	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	59
12	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	47
13	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	45
14	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	39
15	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	39

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	33
17	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	28
18	8-901	Inhalationsanästhesie	28
19	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	27
20	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	27
21	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	27
22	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	24
23	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	22
24	5-983	Reoperation	21
25	8-83b.87	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Thrombektomie-Aspirationskatheter	20
26	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	19
27	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	19
28	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	18
29	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	18
30	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	17

B-[3600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	420
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	333
3	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	309
4	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	307
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	253
6	8-900	Intravenöse Anästhesie	154
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	151
8	8-701	Einfache endotracheale Intubation	145
9	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	97

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	89
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	73
12	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	69
13	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	66
14	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	58
15	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	55
16	5-916	Temporäre Weichteildeckung	48
17	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	39
18	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	37
19	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	31
20	8-901	Inhalationsanästhesie	28
21	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	26
22	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	21
23	5-983	Reoperation	21
24	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	20
25	5-469	Andere Operationen am Darm	18
26	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	18
27	8-190	Spezielle Verbandstechniken	18
28	5-312	Permanente Tracheostomie	17
29	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	16
30	5-93a	Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation	15

B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	279
2	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	59
3	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	27

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Prämedikationsambulanz
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut
6	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallmedizin Die Verfügbarkeit der Notfallambulanz auf der Operativen Intensivstation ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Klinik stellt 2/3 der Notärzte des Klinikums. Die Leitung des Notarztstandorts im Klinikum obliegt einem Anästhesisten.

B-[3600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Prämedikationsambulanz	VX00 - („Sonstiges“): Narkosevorbereitung (Anamnese, Aufklärung, Wahl des Narkoseverfahrens)
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Narkosevorbereitung (Anamnese, Aufklärung, Wahl des Narkoseverfahrens)

B-[3600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung**B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	51,07	Fälle je VK/Person	2,31613	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	51,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,85	Stationär	49,22

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	31,78	Fälle je VK/Person	3,84356	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	31,78	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	2,12	Stationär	29,66
-----------------	-----------------	------	------------------	-------

B-[3600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
3	ZF28 - Notfallmedizin

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	62,66	Fälle je VK/Person	1,90381	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	62,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,78	Stationär	59,88

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	4,29	Fälle je VK/Person	26,57343	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,29

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,28	Fälle je VK/Person	89,0625	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,28

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt	1,83	Fälle je VK/Person	62,29508	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,83

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt	3,71	Fälle je VK/Person	30,72776	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,71

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	76
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

B-[3600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ01 - Bachelor
6	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP07 - Geriatrie
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP15 - Stomamanagement
6	ZP16 - Wundmanagement
7	ZP20 - Palliative Care
8	ZP13 - Qualitätsmanagement
9	ZP24 - Deeskalationstraining
10	ZP29 - Stroke Unit Care

B-[3700] Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Dr. Jürgen Heins



ab 01.03.2023 Anke Lang

B-[3700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Titel, Vorname, Name	Dr. Jürgen Heins
Telefon	0621 503 3651
Fax	0621 503 3660
E-Mail	geriatrie@klilu.de
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_medicin/index_ger.html

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Therapeutin
Titel, Vorname, Name	bis 28.02.2023 Monique Zabel

Telefon	0621 503 3651
Fax	0621 503 3660
E-Mail	ZabelM@klilu.de
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_medicin/index_ger.html

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Therapeutin
Titel, Vorname, Name	ab 01.03.2023 Anke Lang
Telefon	0621 503 3651
Fax	0621 503 3660
E-Mail	LangA@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/institute_a_z/physikalische_und_rehabilitative_medicin/index_ger.html

B-[3700].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-[3700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
2	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
3	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
4	VX00 - („Sonstiges“): Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
5	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
6	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
7	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

#	Medizinische Leistungsangebote
8	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
9	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
10	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
11	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
12	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
13	VX00 - („Sonstiges“): Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath Konzept, PNF)
14	VX00 - („Sonstiges“): Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie
15	VX00 - („Sonstiges“): Orthopädische und unfallchirurgische konservative Behandlung
16	VX00 - („Sonstiges“): Manuelle Therapie, Fascientechniken
17	VX00 - („Sonstiges“): Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
18	VX00 - („Sonstiges“): Massage: Klassische und Spezialmassagen
19	VX00 - („Sonstiges“): Physikalische Therapie
20	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Handgelenks und der Hand
21	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms
22	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
23	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Kopfes
24	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Thorax
25	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
26	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von sonstigen Verletzungen
27	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarms
28	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
29	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen des Halses
30	VX00 - („Sonstiges“): Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
31	VX00 - („Sonstiges“): Manuelle Lymphdrainage/Kompressionsbehandlung
32	VX00 - („Sonstiges“): Funktionelle Beckenbodenarbeit
33	VX00 - („Sonstiges“): Ergotherapie/Arbeitstherapie
34	VX00 - („Sonstiges“): Atemgymnastik/-therapie
35	VX00 - („Sonstiges“): Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
	VO13 - Spezialsprechstunde
36	Im IPRM können ambulante Termine für physiotherapeutische Anwendungen vereinbart werden.

B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Physikalische Therapie

B-[3700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Physikalische Therapie	VX00 - („Sonstiges“): Im IPRM können ambulante Termine für physiotherapeutische Anwendungen vereinbart werden.

B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700].11 Personelle Ausstattung**Personelle Ausstattung:**

Ergotherapeuten	2,99 VK
Masseur/Med. Bademeister	1,61 VK
Physiotherapeut	24,40 VK
Med. Fachangestellte	1 VK
Gesamt	30 VK

B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

B-[3700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[3751] Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie



Prof. Dr. med. Günter Layer

B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

B-[3751].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Günter Layer
Telefon	0621 503 4501
Fax	0621 503 4590
E-Mail	zir@klilu.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/instiute_a_z/radiologie/index_ger.html

B-[3751].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-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	VR15 - Arteriographie
3	VR16 - Phlebographie
4	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
5	VR41 - Interventionelle Radiologie
6	VR00 - („Sonstiges“): Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung
7	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
8	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
9	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren CT-Angiographie, CT-Kolographie, Kardio-CT; CT-Interventionen (Biopsie, Tumorablation), Osteodensitometrie, Dental-CT
10	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
11	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) Tomosynthese (3-D Mammographie), Stereotaktische Biopsie
12	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
13	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
14	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
15	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren MR-Mamma, MRCP, MR-Kolographie, MR-Angiographie, Herz-MR, Ganzkörper-MRT
16	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
17	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
18	VR02 - Native Sonographie
19	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
20	VR43 - Neuroradiologie
21	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
22	VR47 - Tumorembolisation
23	VX00 - („Sonstiges“): Kooperation Tumorzentren Als Teil des zertifizierten Onkologischen Zentrums Ludwigshafen und der zugeordneten und ebenfalls zertifizierten Organzentren arbeiten wir bei der Diagnostik eng mit allen beteiligten Fachdisziplinen zusammen.

#	Medizinische Leistungsangebote
	VX00 - („Sonstiges“): Regionales Shuntzentrum (Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge)
24	Das Regionale Shuntzentrum ist nach den Kriterien verschiedener Gesellschaften (DGA, DGfN, DeGIR, DRG und DDG) zertifiziert. (Zertifikat gültig bis 8.12.2024)
	VX00 - („Sonstiges“): Kooperationen
25	Die radiologische Fachkompetenz fließt in die verschiedenen interdisziplinär arbeitenden Zentren ein. Kooperationsschwerpunkte: Gefäßzentrum, Shuntzentrum, Herzzentrum, Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum, Med. B, Überregionale Stroke Unit, Zentrum für Autoimmunerkrankungen, Cardiac Arrest Center
	VK00 - („Sonstiges“): CAC (Cardiac Arrest Center)
26	Zertifizierung gemäß den Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen des Deutschen Rates für Wiederbelebung / German Resuscitation Council (GRC) (Zertifikat gültig bis 22.03.2025)
	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen
27	Hinzuzuziehendes Institut
	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore
28	Hinzuzuziehendes Institut
	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore
29	Hinzuzuziehendes Institut
	VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore
30	Hinzuzuziehendes Institut
	VX00 - („Sonstiges“): DiagnostiKON (Zentrum für bildgebende Diagnostik)
31	Mit dem DiagnostiKON bietet das Klinikum den weltweit strahlenärmsten und schnellsten Computertomograph. Medizinische Schwerpunkte: nicht-invasive Herz- und Gefäßdiagnostik (K für Kardio), Diagnostik in der speziellen Onkologie (O für Onkologie) + Neuroradiologie (N für Neuro)
	VX00 - („Sonstiges“): Zentrale Notaufnahme
32	Notfalldiagnostik (24h)

B-[3751].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4272
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	3349
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	3034
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2949
5	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2263
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1850
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1129
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	1060
9	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1028
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	740

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	616
12	8-836.xx	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Sonstige	486
13	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	460
14	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	347
15	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	340
16	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	324
17	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	316
18	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	302
19	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	278
20	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	274
21	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	226
22	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	222
23	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	210
24	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	207
25	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	200
26	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	197
27	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	195
28	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	191
29	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	160
30	8-836.80	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	138

B-[3751].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4272
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	3349
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	3034
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2949
5	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2263
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1850
7	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	1438
8	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1129
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	1060
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1028

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	740
12	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	616
13	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	460
14	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	347
15	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	340
16	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	324
17	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	316
18	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	302
19	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	284
20	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	278
21	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	274
22	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	228
23	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	226
24	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	200
25	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	197
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	195
27	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	191
28	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	160
29	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	134
30	3-100	Mammographie	132

B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und Nachstationäre Diagnostik Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Hinzuzuziehendes Institut Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.
7	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfalldiagnostik

B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Vor- und Nachstationäre Diagnostik	VX00 - („Sonstiges“): Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (Einsatz aller diagnostischer Verfahren. Keine Erbringung therapeutischer Leistungen.)
2	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR15 - Arteriographie
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR41 - Interventionelle Radiologie
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR43 - Neuroradiologie
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR16 - Phlebographie
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VR47 - Tumorembolisation

B-[3751].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen
2	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
3	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

#	Ambulanz	Leistung
4	ASV Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

B-[3751].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In dem Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie werden in Kooperation mit der Chirurgischen Klinik B alle zugelassenen minimal invasiven interventionellen Verfahren (Biopsien, PTA) durchgeführt.

B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3751].11 Personelle Ausstattung

Im ZIR sind zusätzlich 20,88VK MTRA beschäftigt.

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	20,66	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 20,06	Ohne	0,6
Versorgungsform	Ambulant 2,58	Stationär	18,08

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	11,29	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 10,69	Ohne	0,6
Versorgungsform	Ambulant 1,49	Stationär	9,8

B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie
2	AQ44 - Nuklearmedizin
3	AQ56 - Radiologie, SP Neuroradiologie

B-[3751].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	8,4	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 8,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,55	Stationär	7,85

B-[3790] Institut für Pathologie

Prof. Dr. med. Mindaugas Andrusis

B-[3790].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Pathologie

B-[3790].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3790 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

B-[3790].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Mindaugas Andrusis
Telefon	0621 503 4301
Fax	0621 503 4330
E-Mail	pathologie@klilu.de
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-[3790].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-[3790].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von onkologischen Erkrankungen
2	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik der pulmonalen Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von hämatologischen Erkrankungen
4	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von sonstigen Formen der Herzkrankheit
7	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Nierenerkrankungen
8	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
9	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten des Peritoneums
10	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
11	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Krankheiten der Pleura
13	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von rheumatologischen Erkrankungen
14	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von ischämischen Herzkrankheiten
15	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Allergien
17	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
18	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Autoimmunerkrankungen
	VX00 - („Sonstiges“): Kooperation Tumorzentren
19	Als Teil des zertifizierten Onkologischen Zentrums Ludwigshafen und der zugeordneten und ebenfalls zertifizierten Organzentren arbeiten wir bei der Diagnostik eng mit allen beteiligten Fachdisziplinen zusammen.
20	VD15 - Dermatohistologie
21	VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehender Facharzt
22	VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
23	VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt

Medizinische Leistungsangebote

- 24 VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore
Hinzuzuziehender Facharzt

Stationäre Leistungen:

Unsere Kernkompetenz liegt in der Versorgung von stationären, insbesondere onkologischen Patienten.

Unsere jährliche Untersuchungen betragen mehr als:

- 5.000 Zytologien
- 25.000 Histologien
- 20.000 Immunhistochemien
- 600 Molekulare Analysen
- 260 interdisziplinäre Tumorkonferenzen des Onkologischen Zentrums Ludwigshafen

Ambulante Leistungen:

Die ambulanten diagnostischen Leistungen erbringen wir im MVZ des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein GmbH.

Mammascreening

Unser Leitender Oberarzt, Herr Rebel, und Frau Oberärztin Dr. Kuen sind als ausgewiesene Experten aktiv im Mammografie-Screening-Zentrum Vorderpfalz tätig.

Obduktionen

Im Hause werden jährlich mehr als 160 klinische und rechtsmedizinische Obduktionen durchgeführt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit regionalen und überregionalen niedergelassenen Fachärzten für Rechtsmedizin.

Immunhistologie

Das Immunhistolabor verfügt über mehr als 150 primäre Antikörper, die nach höchstem internationalem Standard (NordiqQC) implementiert, validiert und ständig kontrolliert bzw. aktualisiert werden. Dazu zählen sowohl etablierte Biomarker zur personalisierten Therapie als auch Antikörper für die Diagnostik von selteneren Erkrankungen. Die Färbungen werden am vollautomatisierten System durchgeführt. Die Auswertung und Interpretation der Immunhistochemie erfolgt nach aktuellster evidenzbasierter Datenlage mit Einsatz der ImmunoQuery-Datenbank.

Molekulare Diagnostik

Das Institut für Pathologie deckt ein breites Spektrum an molekularer Diagnostik ab. Unter anderem verfügt das Institut über ein sensitives, präzises und IVD-zugelassenes System für molekulare Diagnostik, das die Bestimmung von molekularen Biomarkern für personalisierte Onkologie in weniger als 24h ermöglicht. Die erweiterte molekulare Diagnostik wird von unseren universitären Kooperationspartner Mannheim, Heidelberg und Ulm unterstützt.

B-[3790].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-990	Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung	10

B-[3790].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-990	Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung	10

B-[3790].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Die ambulanten diagnostischen Leistungen erbringt das Institut für Pathologie im MVZ des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein GmbH.
2	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehender Facharzt
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehender Facharzt

B-[3790].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	MVZ	VX00 - („Sonstiges“): Molekularpathologie, Molekulare Tumordiagnostik
2	MVZ	VX00 - („Sonstiges“): Histologische Untersuchungen von Gewebeproben
3	MVZ	VX00 - („Sonstiges“): Zytologische Untersuchungen von Punktaten und Zellmaterial

B-[3790].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3790].11 Personelle Ausstattung

In der Pathologie sind 11,07 VK MTRL beschäftigt.

B-[3790].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,29	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,82	Stationär	6,47

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,03	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,03	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0,34	Stationär	2,69
-----------------	-----------------	------	------------------	------

B-[3790].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ46 - Pathologie

B-[3790].11.2 Pflegepersonal

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,12	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,12



B-[3792] Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

Prof. Dr. med. Matthias F. Bauer

B-[3792].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

B-[3792].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3792 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

B-[3792].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Matthias F. Bauer
Telefon	0621 503 3500
Fax	0621 503 3520
E-Mail	labormedizin@KLILU.de
Strasse	Bremserstr.
Hausnummer	79
PLZ	67063
Ort	Ludwigshafen
URL	https://www.klilu.de/content/medizin_pflege/kliniken_und_fachbereiche/instiute_a_z/labordiagnostik/index_ger.html

B-[3792].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-[3792].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Medizinische Mikrobiologie, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten Bakteriologische Untersuchungen, Untersuchungen auf Pilze und Parasiten
2	VX00 - („Sonstiges“): Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie" Hierzu gehören labormedizinische Untersuchungen wie z. B. Elektrolyte, Leberwerte, Nierenwerte, Fettstoffwechsel, Risikoprofile, Diabetesdiagnostik und -kontrolle, Eisenstoffwechsel, Spurenelemente, Säure-Basen-Haushalt, Schnelltest: Influenza A/B, RSV, SARS COV2
3	VX00 - („Sonstiges“): Harn- und Stuhluntersuchungen Blut im Stuhl, Urinsediment, Urinstreifentest, Schwangerschaftstest, Elektrolyte, Proteine, Mineralien
4	VX00 - („Sonstiges“): Hormonbestimmungen Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Hypophyse, Nebennierenrindenhormone etc.
5	VX00 - („Sonstiges“): Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
6	VX00 - („Sonstiges“): Medikamentenspiegelbestimmungen Antibiotika, Zytostatika, Antiepileptika sowie Lithium
7	VX00 - („Sonstiges“): Toxikologie Drogennachweise, Bestimmung des Alkoholspiegel, Vergiftungen
8	VX00 - („Sonstiges“): Point of Care Testing Blutzuckerbestimmungen, Blutgasbestimmungen inklusive Oximetrie, Urinteststreifen-Diagnostik, Gerinnungsdiagnostik, Ketonbestimmung
9	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten Molekulargenetischer Nachweis von intra- und extrazellulären Bakterien; qualitativer und quantitativer Nachweis von Viren in menschlichen Untersuchungsmaterialien.
10	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen Molekulargenetischer Nachweis von somatischen, therapielevanten Veränderungen in operativ und bioptisch gewonnenem Tumorgewebe.
11	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik und Genetik mitochondrialer Erkrankungen Ein Spezialgebiet des Instituts ist die molekulargenetische Diagnostik mitochondrialer Erkrankungen. Diese Diagnostik steht sowohl den Fachabteilungen des Klinikums als auch externen Einsendern zur Verfügung.
12	VI27 - Spezialsprechstunde Humangenetische Beratung: Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels, insbesondere mitochondriale, neuromuskuläre und neurodegenerative Erkrankungen.
13	VX00 - („Sonstiges“): Hygiene Die Krankenhaushygiene ist Teil des Institutes und ist für die krankenhaushygienische Beratung verantwortlich.

Medizinische Leistungsangebote

- VX00 - („Sonstiges“): Transfusionsmedizin
- 14 immunhämatologische Labordiagnostik und Bereitstellung von Blutkonserven für die Transfusion in den Kliniken und Ambulanzen
- VX00 - („Sonstiges“): Hämatologie
- 15 Bestimmung von Blutbildern, Differentialblutbildern, Blutsenkung und durchflusszytometrischer Diagnostik aus Blut, Knochenmark und Punktaten
- 16 VX00 - („Sonstiges“): Autoimmundiagnostik
- VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen
- 17 Spezielle laboranalytische Diagnostik des Blutgerinnungssystems als Grundlage für die Beratung und Therapie der stationären Patienten sowie für Patienten im MVZ.
- 18 VX00 - („Sonstiges“): Liquor-Diagnostik
- 19 VX00 - („Sonstiges“): Infektserologische Diagnostik
- 20 VX00 - („Sonstiges“): Virologische Diagnostik
- VX00 - („Sonstiges“): Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
- 21 Akkreditierung nach (DIN EN ISO 15189:2014 und 22870:2017) Zertifizierung: 01.02.2025.
- VN00 - („Sonstiges“): Neuromuskuläres Zentrum Rhein-Neckar
- 22 „Expertenkreis Mitochondriale Medizin Rhein-Neckar“, welcher von Herrn Prof. Bauer aus dem Institut für Labormedizin des Klinikums Ludwigshafen geleitet wird und sich der speziellen Diagnostik bei Patienten mit mitochondrialen Erkrankungen widmet.
- VI00 - („Sonstiges“): ASV Rheumatologische Erkrankungen
- 23 Hinzuzuziehendes Institut
- VG00 - („Sonstiges“): ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore
- 24 Hinzuzuziehendes Institut
- VU00 - („Sonstiges“): ASV Urologische Tumore
- 25 Hinzuzuziehendes Institut
- VI00 - („Sonstiges“): ASV Gastrointestinale Tumore
- 26 Hinzuzuziehendes Institut

B-[3792].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-[3792].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin Gerinnungsambulanz
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Rheumatologische Erkrankungen Hinzuzuziehendes Institut
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Urologische Tumore Hinzuzuziehendes Institut
6	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV Gastrointestinale Tumore Hinzuzuziehendes Institut

B-[3792].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	VX00 - („Sonstiges“): Peritransfusionelle Labordiagnostik, Immunhämatologie
2	Fachbereich Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen
3	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Medikamentenspiegelbestimmungen
4	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Infektionskrankheiten
5	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Spezialsprechstunden (Humangenetische Beratung, Diagnostik von angeborenen Störungen des Energiestoffwechsels)
6	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Vitaminanalytik einschließlich Spurenelemente
7	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Medizinische Mikrobiologie, bakteriologische Diagnostik, insbesondere Labordiagnostik von Infektionskrankheiten
8	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Hormonbestimmungen
9	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Labormedizinische Untersuchungen im Bereich "Klinische Chemie"
10	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Point of Care Testing
11	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik von Gerinnungsstörungen
12	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Molekulare Diagnostik von Tumorerkrankungen
13	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Hämatologie
14	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Harn- und Stuhluntersuchungen
15	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Toxikologie

#	Ambulanz	Leistung
16	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Transfusionsmedizin
17	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Liquor-Diagnostik
18	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Autoimmundiagnostik
19	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Virologische Diagnostik
20	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Pilzdiagnostik
21	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Parasitendiagnostik
22	Privatärztliche Ambulanz des Chefarztes	VX00 - („Sonstiges“): Infektserologische Diagnostik

B-[3792].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	ASV Mammakarzinom und sonstige gynäkologische Tumore	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
2	ASV Gastrointestinale Tumore	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
3	ASV Rheumatologische Erkrankungen	LK35 - Rheumatologische Erkrankungen
4	ASV Urologische Tumore	LK36 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-[3792].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3792].11 Personelle Ausstattung

Im ILHT sind zusätzlich 52,70 VK MTRL beschäftigt.

B-[3792].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,1	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0,66	Stationär
			6,44

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	5,75	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,75	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär
			5,25

B-[3792].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
2	AQ38 - Laboratoriumsmedizin
3	AQ39 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
4	AQ59 - Transfusionsmedizin

B-[3792].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF11 - Hämostaseologie
2	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[3792].11.2 Pflegepersonal

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,97	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	10,02	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,06	Stationär	8,96

B-[3791] Apotheke

Dr. rer. nat. Norbert Marxer

B-[3791].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Apotheke

B-[3791].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3791 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(III)

B-[3791].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Norbert Marxer
Telefon	0621 503 3030
Fax	0621 503 3033
E-Mail	apotheke@klilu.de
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-[3791].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-[3791].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VX00 - („Sonstiges“): Arzneimittelversorgung</p> <p>Belieferung der Stationen und Bereiche für ambulante und stationäre Patienten mit Arzneimitteln, Infusionen, Röntgenkontrastmitteln und Verbandstoffen</p>
2	<p>VX00 - („Sonstiges“): Erstellung und Fortentwicklung der Arzneimittelliste</p> <p>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.</p>
3	<p>VX00 - („Sonstiges“): Arzneimittelherstellung</p> <p>In der Rezeptur/Defektur werden Salben, Cremes, Lösungen, Lotionen, Kapseln, Tropfen hergestellt. Im Sterilbereich erfolgt die aseptische Herstellung von Lösungen, Augenarzneimitteln, spez. Zubereitungen zur patientengesteuerten Analgesie (PCA) und Studienmedikationen.</p>
4	<p>VX00 - („Sonstiges“): Arzneimittelherstellung</p> <p>In zwei Sterillaboren erfolgt die aseptische, patientenindividuelle Zubereitung von Arzneimitteln, bei denen neben dem Produktschutz auch der Personenschutz gewährleistet sein muss. Besondere Bedeutung haben die Zytostatika, von denen pro Jahr über 15.000 Zubereitungen hergestellt werden.</p>
5	<p>VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen: Stationsapotheker*in</p> <p>Durchführung klinisch-pharmazeutischer Kurvenvisiten, Begleitung ärztlicher Visiten, Unterstützung bei der mikrobiologischen Visite auf den Intensivstationen, Stationsapotheker*in stehen für jegliche pharmazeutische Fragestellung zur Verfügung</p>
6	<p>VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen: Stationsapotheker*in</p> <p>Beantwortung der Anfragen von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich Auswahl, Dosierung, Dosisanpassung, Applikation, Kompatibilitäten, Interaktionen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln. Stationsapotheker*in haben drug monitoring und deprescribing im Blick.</p>
7	<p>VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen: Stationsapotheker*in</p> <p>Beratung der Ärzte zur individuellen Arzneimitteltherapie der Patienten</p>
8	<p>VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p>Durchführung der Arzneimittelanamnese bei der Patientenaufnahme</p>
9	<p>VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen: Stationsapotheker*in</p> <p>Zusätzlich werden durch Vorträge und Projekte patientenübergreifende Themen zur rationalen und sicheren Arzneimitteltherapie angeboten.</p>
10	<p>VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen</p> <p>Bereitstellung von Informationen zu gelisteten Arzneimitteln</p>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
11	patientenindividuelle Zubereitung von Therapien zur Tumorbehandlung sowie die Beratung zur Dosisfindung und zum Nebenwirkungsmanagement
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
12	Patientenindividuelle Umsetzungsempfehlungen für die häusliche Medikation von Patienten
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
13	Bewertung von neuen Präparaten
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
14	Erfassung, Bewertung und Weiterleitung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
15	Erstellung von Verbrauchsstatistiken, Beratung zum Arzneimittelverbrauch, Vergleich von Therapiekosten bei vergleichbarer Wirksamkeit
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
16	Qualitätskontrolle des Umgangs mit Arzneimitteln v.a. im Rahmen von Stationsbegehungen
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
17	Mitarbeit bei klinischen Studien
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
18	Geschäftsführung bei der Arzneimittelkommission
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
19	Durchführung von klinikinternen Fortbildungen und Schulungen
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
20	Antibiotikasurveillance und Leitung des hauseigenen antibiotic-stewardship-Gremiums. Durchführung von Beratung als Teil des antibiotic-stewardship (ABS)-teams.
	VX00 - („Sonstiges“): Pharmazeutische Dienstleistungen
21	Teilnahme an der infektiologischen Visite der Intensivstationen
	VX00 - („Sonstiges“): Zertifizierung durch die Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz (Zertifikat gültig bis 03.08.2026)
22	
	VX00 - („Sonstiges“): Akkreditierung als Akademische Ausbildungsapotheke
23	Gemäß der Richtlinie zur Akkreditierung von Akademischen Ausbildungsapotheken der Apothekerkammer Hamburg wird die Apotheke des Klinikums der Stadt Ludwigshafen akkreditiert. Die Akkreditierung ist gültig vom 1. August 2023 bis 31. Juli 2026.

B-[3791].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3791].11 Personelle Ausstattung

In der Apotheke sind folgende Personengruppen beschäftigt:

Personengruppe	VK
Leitende(r) Apotheker(in)	1
Fachapotheker(in)	1,74
Apotheker(in)	5,5
Fachärztin	0,5
Pharmazeutisch-Kaufm. Assistent(in)	5,09
Pharmazeutisch-Techn. Assistent(in)	4,29
Praktikant(in)	1,44
Auszubildende(r) (PKA)	1
Hilfskraft	1
Sachbearbeiter(in)	0,52
Gesamt	22,08

B-[3791].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	0,5	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	0,5	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

B-[3791].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

C- Teil



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

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation	
Fallzahl	254
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	254
09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	15
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	15
09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	20
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	20
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	
Fallzahl	86
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	86
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	
Fallzahl	11
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	11
09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	32
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	32
10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	152
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	152
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	336
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	336
----------------------------	-----

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	302
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	302

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	277
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	277

CHE - Cholezystektomie

Fallzahl	255
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	255

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	648
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	648

HCH - Herzchirurgie

Fallzahl	890
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	890

HCH_AK_CHIR - Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe

Fallzahl	125
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	125

HCH_AK_KATH - Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe

Fallzahl	323
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	323

HCH_KC - Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen

Fallzahl	389
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	389

HCH_MK_CHIR - Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe

Fallzahl	96
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	96

HCH_MK_KATH - Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe

Fallzahl	28
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	28

NEO - Neonatologie

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	1768
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	1768

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	487
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	487

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den</p>

	Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	98,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,62 - 99,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	487
Beobachtete Ereignisse	482
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99

Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	98,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,54 - 99,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	471
Beobachtete Ereignisse	466

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich bundesweit	97,84 - 98,27
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,64 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	98,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,26 - 99,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	422
Beobachtete Ereignisse	417

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .

	finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	98,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,18 - 99,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	410
Beobachtete Ereignisse	405

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12

7. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden)

individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).	
Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,67 - 1,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	449
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	33,05
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 1,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	389
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	26,14

9. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	0,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,40 - 1,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	6,91

10. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	13,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,61 - 16,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	487
Beobachtete Ereignisse	65

11. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03

Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	12,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,94 - 16,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	422
Beobachtete Ereignisse	54

12. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	98,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,42 - 99,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	473
Beobachtete Ereignisse	464
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich bundesweit	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	98,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,19 - 99,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	409
Beobachtete Ereignisse	401

14. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 2,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 1,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 1,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 1,26
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,55

Vertrauensbereich Krankenhaus	2,26 - 2,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32223
Beobachtete Ereignisse	261
Erwartete Ereignisse	102,30
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 0,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32223
Beobachtete Ereignisse	192

20. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 0,26
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32223
Beobachtete Ereignisse	65

21. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie

	auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der

	Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	2,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,61 - 7,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich

Fachlicher Hinweis IQTIG	eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung

Fachlicher Hinweis IQTIG	kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,19
Vertrauensbereich bundesweit	6,79 - 7,61
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,68 - 13,35
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

27. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,86 - 13,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

28. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	19,49
Vertrauensbereich bundesweit	18,72 - 20,29
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	17

Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 40,38 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,51
Vertrauensbereich bundesweit	88,16 - 88,84
Rechnerisches Ergebnis	94,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,54 - 97,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	74
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,30 % (5. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,07 - 3,29
Rechnerisches Ergebnis	3,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,58 - 8,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	136
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im	

Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
--	----------------------------------

32. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,64
Vertrauensbereich bundesweit	0,61 - 0,68
Rechnerisches Ergebnis	0,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,54
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,20 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	
Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kran-kenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,01
Vertrauensbereich bundesweit	96,88 - 97,13
Rechnerisches Ergebnis	96,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,45 - 98,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	349
Beobachtete Ereignisse	338
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,96
Fallzahl	
Grundgesamtheit	86
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,93
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	2,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,53 - 16,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	132001
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 4,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im	

Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 23,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	0,16
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,76 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,34
Vertrauensbereich bundesweit	94,83 - 95,79
Rechnerisches Ergebnis	96,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,33 - 99,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	29

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,32 - 0,71
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	2,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 12,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu

	den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,93
Vertrauensbereich bundesweit	2,80 - 3,07
Rechnerisches Ergebnis	6,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,92 - 11,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	177
Beobachtete Ereignisse	12
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der</p>

	Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	0,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 0,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	254
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	15,50
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,78 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%
Bundesergebnis	96,45
Vertrauensbereich bundesweit	96,38 - 96,52
Rechnerisches Ergebnis	95,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,25 - 96,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	858
Beobachtete Ereignisse	822
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des

	Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung</p>

	kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	1,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,51 - 3,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	254
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,03
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 1,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 1,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
52. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	2195

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,36
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,45 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,30 - 97,52
Rechnerisches Ergebnis	96
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,46 - 99,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,58 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,90

Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 5,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	603
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,19
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,32
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,24 - 100,00
Fallzahl	

Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	53
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,67
Vertrauensbereich bundesweit	99,52 - 99,77
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,69 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	57
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	12,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,66 - 20,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

60. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 2,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 3,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,86
Fallzahl	

Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,96

62. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162301
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,25 - 1,65
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	0

63. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,56
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0

64. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%

Bundesergebnis	2,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,60 - 3,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

65. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,22
Vertrauensbereich bundesweit	2,87 - 3,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

66. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,65 - 98,59
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,57 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51443
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,29
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,55
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur

Fachlicher Hinweis IQTIG	Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 8,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,77 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
69. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte

Fachlicher Hinweis IQTIG	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,10
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,28

70. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162304
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,84
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

71. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,75
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 2,33
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

72. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,32
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 4,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

73. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51860
-------------	--------------

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,93
Vertrauensbereich bundesweit	3,20 - 4,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

74. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den

	„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	82,12
Vertrauensbereich bundesweit	81,69 - 82,55
Rechnerisches Ergebnis	45,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	36,78 - 53,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	131
Beobachtete Ereignisse	59
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Ergebnis-ID	382000
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,58 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,65 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

76. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	382001
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,24
Rechnerisches Ergebnis	0,63

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,58 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

77. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	382005
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,21
Vertrauensbereich bundesweit	1,89 - 2,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

78. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden)

individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	382006
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,29
Rechnerisches Ergebnis	0,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 1,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,95 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

79. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	382007
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 2,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

80. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Ergebnis-ID	372000
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,37 - 1,67
Rechnerisches Ergebnis	1,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 3,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	323
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,59 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
---	-------------

81. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Ergebnis-ID	372001
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	1,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 3,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	323
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,68 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

82. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	372002
-------------	---------------

Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,54 - 1,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	297
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	8,88
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

83. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus

verstorben sind	
Ergebnis-ID	372005
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,72
Vertrauensbereich bundesweit	1,57 - 1,89
Rechnerisches Ergebnis	2,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,27 - 4,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	321
Beobachtete Ereignisse	8

84. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	372006
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .

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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,91 - 3,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	323
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,53 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

85. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	372007
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,73 - 2,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	323
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	8,44
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,31 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
86. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet	
Ergebnis-ID	352000
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,29
Vertrauensbereich bundesweit	95,02 - 95,54
Rechnerisches Ergebnis	94,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,88 - 96,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	329
Beobachtete Ereignisse	312
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

87. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	352001
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur

Fachlicher Hinweis IQTIG	Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	0,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 1,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	307
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	8,34
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,75 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

88. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind	
Ergebnis-ID	352006
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,61
Vertrauensbereich bundesweit	1,45 - 1,79
Rechnerisches Ergebnis	3,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,72 - 6,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	277
Beobachtete Ereignisse	9

89. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	352007
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,06

Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	1,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 2,57

Fallzahl

Grundgesamtheit	329
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	10,84

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

90. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	352008
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 2,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	329
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	12,10
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

91. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet

Ergebnis-ID	362002
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	80,51
Vertrauensbereich bundesweit	79,46 - 81,51

Rechnerisches Ergebnis	71,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	59,23 - 81,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	43
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

92. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	362005
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,02

Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 2,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

93. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	362018
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	5,48
Vertrauensbereich bundesweit	4,91 - 6,12

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	0

94. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	362019
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 1,83
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

95. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	362020
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,44

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 1,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

96. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten

Ergebnis-ID	402002
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	11,77
Vertrauensbereich bundesweit	10,95 - 12,64
Rechnerisches Ergebnis	25
Vertrauensbereich Krankenhaus	15,23 - 38,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	13

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 24,23 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

97. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	402003
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,56 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

98. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	402010
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,92
Vertrauensbereich bundesweit	2,50 - 3,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

99. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	402011
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,57 - 2,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	4,94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,23 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

100. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	402012
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 1,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,61
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,12 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

101. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund des Eingriffs schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten

Ergebnis-ID	392002
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,57
Vertrauensbereich bundesweit	3,20 - 3,99
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 9,93 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

102. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	392003
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	2,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 10,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,78 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

103. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	392010
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,38
Vertrauensbereich bundesweit	2,08 - 2,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

104. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	392011
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B.

	in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,92 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

105. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	392012
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 3,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,09 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

106. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,49
Vertrauensbereich bundesweit	98,40 - 98,58
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	188
Beobachtete Ereignisse	188
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den

Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)	
Ergebnis-ID	212000
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,18
Vertrauensbereich bundesweit	94,65 - 95,65
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,30 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	29
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 84,93 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)	
Ergebnis-ID	212001
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	87,40
Vertrauensbereich bundesweit	86,97 - 87,81
Rechnerisches Ergebnis	97,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,93 - 99,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	97
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 63,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den

Fachlicher Hinweis IQTIG	„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,36 - 99,57
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,05
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,84 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	174
Beobachtete Ereignisse	174
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	<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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

112. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,80
Vertrauensbereich bundesweit	2,40 - 3,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

113. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%

Bundesergebnis	97,43
Vertrauensbereich bundesweit	97,24 - 97,60
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,47 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	81

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

114. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,86
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,98

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,76 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

115. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,53
Vertrauensbereich bundesweit	99,47 - 99,58
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,49 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	149
Beobachtete Ereignisse	149
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	>= 97,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

116. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	79,67
Vertrauensbereich bundesweit	79,20 - 80,13
Rechnerisches Ergebnis	80,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,74 - 87,13
Fallzahl	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	92
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 73,47 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

117. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,70 - 2,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,57 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

118. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56005
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,71 - 0,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1069
Beobachtete Ereignisse	1100583
Erwartete Ereignisse	1454111,43
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

119. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56006
-------------	--------------

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	15464
Erwartete Ereignisse	26673,41
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,18 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
120. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56007
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,49 - 0,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	764
Beobachtete Ereignisse	1450112
Erwartete Ereignisse	2658057,74
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

121. Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten,

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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 und Kenn-zahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,20
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1840
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 0,14 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

122. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56012
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,08 - 2,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1786
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	8,80
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

123. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,01
Vertrauensbereich bundesweit	94,79 - 95,23
Rechnerisches Ergebnis	94,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,86 - 97,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	137
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,19 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

124. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56018
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG	entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 1,30
Fallzahl	
Grundgesamtheit	973
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	25,10
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,03 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
125. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56020
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 1,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	586
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	31,83
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht	
126. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56022
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 1,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	203
Beobachtete Ereignisse	18

Erwartete Ereignisse	24,99
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

127. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Bundesergebnis	1,13

Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	1,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 4,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

128. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-</p>

	04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,95 - 3,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	47
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

129. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle

Ergebnis-ID	56102
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patientenangaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	96,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,35 - 99,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

130. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzte hinzuziehen	
Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,89
Rechnerisches Ergebnis	82,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,31 - 86,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	112
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

131. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	84,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,81 - 86,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	112
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

132. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	83,06

Vertrauensbereich Krankenhaus	81,41 - 84,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	112
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

133. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch</p>

	insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,75
Rechnerisches Ergebnis	67,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	63,32 - 71,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	59
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

134. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

Ergebnis-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik</p>

	<p>der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	91
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,75 - 97,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	51
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

135. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen

Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,81
Rechnerisches Ergebnis	82,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,49 - 87,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	59
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
136. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor	
Ergebnis-ID	56109
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,84
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,84
Rechnerisches Ergebnis	72,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	65,02 - 78,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	59
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

137. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen	
Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	92,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,58 - 97,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

138. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,79

Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	80,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,49 - 83,56

Fallzahl

Grundgesamtheit	112
-----------------	-----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

139. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre

	(2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,62
Vertrauensbereich bundesweit	0,62 - 0,62
Rechnerisches Ergebnis	60,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	55,58 - 66,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

140. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

Ergebnis-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,49
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	56,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	45,38 - 67,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	31
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
141. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen	
Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	94,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,78 - 99,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

142. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,78
Rechnerisches Ergebnis	84,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,79 - 89,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	112
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

143. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	90,45

Vertrauensbereich Krankenhaus	84,34 - 95,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	112
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

144. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch</p>

	insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,75 - 1,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	59
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

145. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p>

	<p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,15 - 4,10
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

146. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme</p>

	aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,27
Vertrauensbereich bundesweit	94,72 - 95,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

147. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben	
Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.</p>
Einheit	%

Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,99
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,11 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	129
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

148. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu</p>

	dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,28 (90. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S92
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

149. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	19,75
Vertrauensbereich bundesweit	19,57 - 19,94
Rechnerisches Ergebnis	22,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,02 - 35,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	49

Beobachtete Ereignisse	11
------------------------	----

150. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182300_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	33,83
Vertrauensbereich bundesweit	33,50 - 34,16
Rechnerisches Ergebnis	36,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,73 - 57,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	8

151. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182301_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,54 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	21

152. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	4,05 - 4,24
Rechnerisches Ergebnis	9,72

Vertrauensbereich Krankenhaus	4,79 - 18,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	7

153. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182302_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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 sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	8,08
Vertrauensbereich bundesweit	7,85 - 8,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

154. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182303_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10

155. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%

Bundesergebnis	72,64
Vertrauensbereich bundesweit	72,36 - 72,93
Rechnerisches Ergebnis	86,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,16 - 93,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	46

156. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182005_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	92,58
Vertrauensbereich bundesweit	92,18 - 92,96
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

157. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182006_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	86,63
Vertrauensbereich bundesweit	85,96 - 87,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

158. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .

Einheit	%
Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,02 - 76,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

159. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182008_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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 sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10

160. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182009_52249
-------------	---------------------

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	46,22
Vertrauensbereich bundesweit	45,69 - 46,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

161. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich

	eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,16 - 0,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

162. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Bei dieser Kennzahl

	handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	290
Beobachtete Ereignisse	0

163. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51397
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,04

Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,28
Fallzahl	
Grundgesamtheit	290
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,72

164. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 79,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

165. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,98
Vertrauensbereich bundesweit	96,73 - 97,21

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

166. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Bei diesem</p>

	Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	290
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,04
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

167. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>(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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.</p>
Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,14 - 1,49
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 62,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	290
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06

168. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.</p>
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	290
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,61
169. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.</p>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	290
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,73

170. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0

und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine Kennzahl, die zur Berechnung des planungsrelevanten QI ID 51803 genutzt wird. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.</p>
Bundesergebnis	1,14
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,92
Fallzahl	

Grundgesamtheit	290
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,64

171. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. 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 und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	172
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18

172. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der

spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	181801_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 34,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	156
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11
173. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	181802_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 40,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

174. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182010
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

175. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182011
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,60 - 2,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,77 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

176. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,79
Vertrauensbereich bundesweit	8,67 - 8,92
Rechnerisches Ergebnis	11,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	8,20 - 15,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	301
Beobachtete Ereignisse	34
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 12,02 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	Schlaganfall ([Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz])	Ja

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

#	DMP
1	Asthma bronchiale
2	Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
3	Brustkrebs
4	Diabetes mellitus Typ 2

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Zertifikat "Aktion Saubere Hände" in Bronze	
Leistungsbereich	Gesamthaus
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 31.12.2023
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/

AZAV - Arbeitsförderung	
Leistungsbereich	Gesamthaus
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 20.09.2026
Messzeitraum	jährlich
Quellenangabe	https://www.tuvsud.com/de-de/dienstleistungen/auditierung-und-zertifizierung/bildung-und-schule/azav

Fachliche Anforderungen an die Apotheke nach den Kriterien der LAK RLP und nach DIN EN ISO 9001:2015	
Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 03.08.2026
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog

Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://lak-rip.de/apotheker-/team/qms

1. Ringversuch des Zentrallaboriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen.

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat vom 28.09.2023
Messzeitraum	Jährlich
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://zentrallabor.com/ringversuche/rezeptur-ringversuch/

1. Ringversuch des Zentrallaboriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen.

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zusatzzertifikat Kennzeichnung
Messzeitraum	Zertifikat vom 28.09.2023
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://zentrallabor.com/ringversuche/rezeptur-ringversuch/

1. Ringversuch des Zentrallaboriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen.

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zusatzzertifikat Mikrobiologie
Messzeitraum	Zertifikat vom 28.09.2023
Datenerhebung	Anforderungskatalog
Rechenregeln	Anforderungskatalog
Referenzbereiche	Anforderungskatalog
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://zentrallabor.com/ringversuche/rezeptur-ringversuch/

Antibiotikaverbrauchs-Surveillance-Projekt ADKA-if-RKI

Leistungsbereich	Apotheke
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: 14. Krankenhausvergleichsreport
Quellenangabe	www.antiinfektiva-surveillance.de

Hygienemonitoring des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur externen Qualitätssicherung von Hygienemaßnahmen in der Apotheke

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat vom 12.10.2023
Messzeitraum	kontinuierlich
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://zentrallabor.com/ringversuche/hygienemonitoring/

Ringversuch Arzneimittelinformation gem. den Anforderungen des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA)

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat vom 15.12.2023
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	www.adka.de

1. Ringversuch Medikationsanalyse 2023 (Identifizierung arzneimittelbezogener Probleme, Formulierung adäquater Lösungsvorschläge, Erstellung eines Medikationsplans und Erstellung eines Arztbriefes)

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat vom 15.06.2023
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://www.abda.de/

2. Ringversuch Medikationsanalyse 2023 (Identifizierung arzneimittelbezogener Probleme, Formulierung adäquater Lösungsvorschläge, Erstellung eines Medikationsplans und Erstellung eines Arztbriefes)

Leistungsbereich	Apotheke
Ergebnis	Zertifikat vom 15.12.2023
Messzeitraum	jährlich

Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Vergleichswerte	Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://www.abda.de/

Informationssicherheitsmanagementsystem KRITIS (ISO/IEC 27001:2017)

Leistungsbereich	Innovation und Technologie Rhein-Neckar Ludwigshafen GmbH (ITRNLU)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 28.05.2023
Messzeitraum	jährlich
Quellenangabe	https://www.tuvsud.com/de-de/dienstleistungen/auditierung-und-zertifizierung/cyber-security-zertifizierung/kritis

Zertifizierung "Angehörigengerechten Intensivstation"

Leistungsbereich	Intensivstationen (Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 02.03.2027
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Rechenregeln	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Referenzbereiche	gem. Vorgabe Pflege e.V.
Vergleichswerte	https://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/Angehorigengerechte-Intensivstationen_Stand-01.10.2
Quellenangabe	https://www.dgf-online.de/angehoerigengerechte-intensivstation/

Akkreditierung klinische Chemie, Molekulare Diagnostik, Mikrobiologie, Serologie, Transfusionsmedizin, POCT, Infektserologie, Immunologie, Virologie

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Akkreditierung gültig bis 01.02.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Gemäß DIN EN ISO 15189:2014 und DIN EN ISO 22870:2017
Vergleichswerte	Benchmark mit akkreditierten Referenzhäusern und Referenzlaboratorien
Quellenangabe	DIN EN ISO 15189:2014, DIN EN ISO 22870:2017

Teilnahme an externen Qualitätskontrollen nach RiliBÄK 2019 für alle Bereiche des ILHT.

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Deutschlandweiter Benchmark
Messzeitraum	mehrfach im Jahr gemäß RiliBÄK 2019 und DIN EN ISO 22870:2016 sowie DIN EN ISO 15189:2014
Vergleichswerte	Benchmark mit Referenzhäusern und Referenzlaboratorien; Vorgaben RiliBÄK 2019 und DIN-Normen
Quellenangabe	www.instandev.de , www.rfb.bio , DIN EN ISO 22870:2016; DIN EN ISO 15189:2014 und RiliBÄK 2019

Überwachung durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI)	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Betriebserlaubnis für Stammzellenlagerung, Knochenbank und Führen eines Blutdepots
Messzeitraum	kontinuierlich, externe Begehung durch das PEI
Datenerhebung	nach AMG, Richtlinie Hämotherapie, GMP
Quellenangabe	Paul-Ehrlich-Institut, AMG, Richtlinie Hämotherapie, DIN 15189:2016

Referenzlaboratorium für die Firmen Bio-Rad und Thermo-Fisher	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich gemäß RiliBÄK 2019
Quellenangabe	www.bio-rad.com, www.thermofisher.com und RiliBÄK 2019

Laborvergleiche in der Serologie, Hämatologie und Stuhldiagnostik	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	nach DIN EN ISO 15189:2014, nach ESfEQA
Vergleichswerte	Benchmark mit anderen Laboratorien
Quellenangabe	DIN EN ISO 15189:2014, https://www.esfeqa.eu/home/

Externe Qualitätssicherung bei der ECAT-Foundation in der Gerinnung und Immunologie	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich
Vergleichswerte	internationaler Benchmark mit Laboratorien
Quellenangabe	ECAT-Foundation (www.ecat.nl)

Teilnahme am HAND-KISS, ITS-KISS, OP-KISS	
Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	KISS-Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Module unter: https://www.nrz-hygiene.de/kiss
Rechenregeln	Module unter: https://www.nrz-hygiene.de/kiss
Referenzbereiche	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/kiss
Vergleichswerte	Referenzdaten unter: https://www.nrz-hygiene.de/kiss
Quellenangabe	https://www.nrz-hygiene.de/kiss

Überwachung durch das Landesamt für mess- und Eichwesen RLP	
---	--

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Erlaubnis zur Durchführung von Laboruntersuchungen
Messzeitraum	alle 3 Jahre
Datenerhebung	gemäß RiliBäk 2019
Vergleichswerte	Benchmark mit Referenzlaboratorien über Ringversuche
Quellenangabe	https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-stellungnahmen

Überwachung der Gewinnung, Verarbeitung, Lagerung und Prüfung von Gewebe und Gewebezubereitungen sowie Blut und Blutprodukten durch das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

Leistungsbereich	Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	kontinuierlich, externe Begehung
Datenerhebung	gemäß Arzneimittelgesetz
Quellenangabe	https://lsjv.rlp.de/themen/gesundheit/pharmazie/ueberwachung-von-gewebe-und-bluteinrichtungen

Abklärungswürdiger Befund

Leistungsbereich	Institut für Pathologie / Wöchentliche Sitzungen des Senologischen Arbeitskreises
Ergebnis	Kategorisierung nach B-Klassifikation (B1-B5)
Quellenangabe	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html AWMF-Register-Nummer: 032-0450L

Regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen: Immunhistochemie (HER-2/neu), Proliferation (Ki-67), Progesteronrezeptor, Östrogenrezeptor und weitere.

Leistungsbereich	Institut für Pathologie
Ergebnis	Erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen laut Vorgaben der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie
Messzeitraum	kontinuierlich
Quellenangabe	https://www.quip.eu/de_DE/ringversuche

Qualitätsindikatoren der Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie und NordiQC

Leistungsbereich	Institut für Pathologie
Ergebnis	Ergebnis der Ringversuche
Messzeitraum	3x bis 4x im Jahr
Quellenangabe	https://www.quip.eu/de_DE/ringversuche/ringversuchsberichte https://www.nordiqc.org/recommended.php

Deutsches Reanimationsregister

Leistungsbereich	Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin
Ergebnis	Erfassung außerklinisch u. innerklinisch reanimierter Patienten u. Notfallversorgungen in d. Klinik
Messzeitraum	k.A.
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register

Quellenangabe	https://www.reanimationsregister.de/
JuMBO-Register	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik A (Rheumatologie)
Ergebnis	Folgeregister
Messzeitraum	halbjährlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	https://www.drfs.de/ueber-uns/patienteninformationen/studien-in-kinder-und-jugendrheumatologie/das-jumbo-register/
GeVas Register	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik A
Ergebnis	Dokumentation Langzeitverlauf v.Vaskulitiden v. Patienten mit neu diagnostizierte Vaskulitis
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	https://fairvasc.eu/the-gevas-registry/
Rhekiss - Schwangerschaftsregister	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik A (Rheumatologie)
Ergebnis	Erfassung des Krankheitsverlaufs bei Kinderwunsch & Schwangerschaften bei Patientinnen mit Rheuma
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Quellenangabe	https://rhekiss.de
Onkologisches Zentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)	
Leistungsbereich	Onkologisches Zentrum Ludwigshafen (Medizinische Klinik A)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/

Zentrum für Hämatologische Neoplasien: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)				
Leistungsbereich	Onkologisches Zentrum Ludwigshafen (Medizinische Klinik A)			
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025			
Messzeitraum	kontinuierlich			
Datenerhebung	Erhebungsbogen, https://www.onkozert.de/system/haematologie/	Kennzahlenbogen	und	Matrix unter
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/haematologie/			
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, https://www.onkozert.de/system/haematologie/	Kennzahlenbogen	und	Matrix unter
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/haematologie/			
Quellenangabe	Erhebungsbogen, https://www.onkozert.de/system/haematologie/	Kennzahlenbogen	und	Matrix unter

PCI-Register	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	s. Bundesauswertung DeQS
Messzeitraum	offen
Datenerhebung	gem. Protokoll
Rechenregeln	multivariate Analyse
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register
Quellenangabe	https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pci/

GREAT- Deutsches Register zur renalen Denervation (Komplikationen und Blutdrucksenkung im Langzeitverlauf)	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	k. A.
Messzeitraum	offen
Datenerhebung	gem. Protokoll
Rechenregeln	multivariate Analyse
Referenzbereiche	entfallen, da Register
Vergleichswerte	entfallen, da Register
Quellenangabe	k. A.

Deutsches Mitralklappen-Register	
Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	Darstellung basisdemographischer Daten und Eingriffssicherheit
Messzeitraum	kontinuierlich

Datenerhebung	Das Register steht allen deutschen Zentren offen, die perkutane Mitralklappenprozeduren durchführen.
Vergleichswerte	Register zur Datensammlung von Patienten
Quellenangabe	https://zmk.dgk.org/

Heart Failure Unit Zentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Dt. Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Dt. Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Leistungsbereich	Heart Failure Unit Zentrum (HFU, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 09.02.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://hfu.dgk.org/
Quellenangabe	https://hfu.dgk.org/

Cardiac Arrest Center (CAC)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B, Klinik für Anästhesiologie, Klinik für Neurologie, Medizinische Klinik A, ZIR, Medizinische Klinik C, Klinik für Herzchirurgie, Chirurgische Klinik A, Chirurgische Klinik B
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 22.03.2025
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Quellenangabe	https://www.grc-org.de/unsere-arbeit-projekte/4-2-Cardiac-Arrest-Center-CAC

Chest Pain Unit: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) für Chest Pain Units

Leistungsbereich	Chest Pain Unit (CPU, Medizinische Klinik B)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 03.01.2028
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://cpu.dgk.org/
Quellenangabe	https://cpu.dgk.org/

Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 04.04.2026

Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://curricula.dgk.org/ik/
Quellenangabe	https://curricula.dgk.org/ik/

Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik B
Ergebnis	Zertifizierung 07.12.2017
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://curricula.dgk.org/sr/
Quellenangabe	https://curricula.dgk.org/sr/

Brustzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Brustzentrum Ludwigshafen (Frauenklinik)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 05.11.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/brust/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/brust/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/brust/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/brust/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/brust/

Papillotomieregister (externe Maßnahme zur Sicherung der Ergebnisqualität der Endoskopischen Papillotomie mittels einer prospektiven Vollprobenerhebung)

Leistungsbereich	Medizinische Klinik C
Ergebnis	Anonymer Benchmark
Quellenangabe	http://www.papillotomieregister.de/

Darmzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Darmzentrum Rheinpfalz (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/darm/

Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/darm/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/darm/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/darm/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/darm/

Stationäre Behandlungseinrichtung für Pat. mit Typ 1 u. Typ 2 Diabetes/ Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG. Erfüllung der fachlichen Anforderungen gem. den Kriterien d. Deutschen Diabetesgesellschaft.

Leistungsbereich	Diabeteszentrum
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 30.12.2026
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://www.ddg.info/behandlung/zertifizierung/diabeteszentrum-ddg
Quellenangabe	https://www.ddg.info/behandlung/zertifizierung/diabeteszentrum-ddg

Magenzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Magenzentrum (Chirurgische Klinik A und Medizinische Klinik C)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/

Pankreaskarzinomzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Pankreaskarzinomzentrum Rheinpfalz (Medizinische Klinik C und Chirurgische Klinik A)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/viszeral/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/viszeral/

Gefäßzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)

Leistungsbereich	Gefäßzentrum (Chirurgische Klinik B)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 14.07.2027

Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://www.dga-gefaessmedizin.de/qualitaetsicherung/zertifizierung-gefaesszentren
Quellenangabe	https://www.dga-gefaessmedizin.de/qualitaetsicherung/zertifizierung-gefaesszentren

Regionale Shunt-Zentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien verschiedener Fachgesellschaften: DGA, DGfN, DeGIR, DRG u. DGG

Leistungsbereich	Regionales Shunt-Zentrum (Medizinische Klinik A, Chirurgische Klinik B, Radiologie)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 18.12.2024
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/zentren-fuer-dialysezugaenge.html
Quellenangabe	www.dga-gefaessmedizin.de/interdisziplinaere-zertifizierung/zentren-fuer-dialysezugaenge.html

Qualitätssicherung im Rahmen des BAA-Registers der DGG (Aortenregister)

Leistungsbereich	Chirurgische Klinik B
Ergebnis	Erfassung sowohl offen-chirurgischer als auch endovaskulär-interventioneller Eingriffe
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	anonym
Vergleichswerte	Nationales Register
Quellenangabe	https://www.digg-dgg.de/

Karotis-Revaskularisation - offen chirurgisch (Modul 10/2)

Leistungsbereich	Chirurgische Klinik B
Ergebnis	Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für den aufgeführten Qualitätsindikator
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	QS-Daten
Referenzbereiche	Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators.
Quellenangabe	https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-karotis/

Hauttumorzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Hauttumorzentrum Rheinpfalz (Hautklinik)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/haut/

Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/haut/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/haut/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/haut/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/haut/

Prostatakarzinomzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Prostatakarzinomzentrum Rheinpfalz (Urologische Klinik)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.09.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/prostata/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/prostata/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/prostata/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/prostata/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/prostata/

Kopf-Hals-Tumorzentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien von OnkoZert (DKG)

Leistungsbereich	Kopf-Hals-Tumorzentrum Ludwigshafen (HNO-Klinik und Klinik für MKPG)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 07.12.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/
Rechenregeln	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/
Referenzbereiche	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/
Vergleichswerte	https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/
Quellenangabe	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter https://www.onkozert.de/system/kopf-hals/

Überregionale Stroke Unit mit 14 Betten: Zertifizierung nach den Anforderungen der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

Leistungsbereich	Überregionale Stroke Unit (Klinik für Neurologie)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 23.08.2025
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

Qualitätssicherung bei Schlaganfall Rheinland-Pfalz (APO_RP) - SQMed

Leistungsbereich	Klinik für Neurologie
------------------	-----------------------

Ergebnis	Die Ergebnisse der eigenen Klinik werden dem Gesamtergebnis aller Kliniken in RP gegenübergestellt.
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Ja
Rechenregeln	Ja
Referenzbereiche	Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators /Auffälligkeitskriteriums
Vergleichswerte	Die Ergebnisse der eigenen Klinik werden dem Gesamtergebnis aller Kliniken in RP gegenübergestellt.
Quellenangabe	https://sqmed.de/schlaganfall.php

Neuromuskuläres Zentrum: Fachliche Anforderungen nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM)

Leistungsbereich	Neuromuskuläres Zentrum (Klinik für Neurologie)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 01.01.2026
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. Anforderungskatalog
Rechenregeln	gem. Anforderungskatalog
Referenzbereiche	gem. Anforderungskatalog
Vergleichswerte	https://www.dgm.org/diagnose-therapie/neuromuskulaere-zentren
Quellenangabe	https://www.dgm.org/diagnose-therapie/neuromuskulaere-zentren

Cochlea-Implantat-versorgende Einrichtung

Leistungsbereich	HNO Klinik
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 14.09.2026
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	Kontinuierliche Erhebung im CI-Register
Vergleichswerte	Deutschlandweites Cochlea-Implantat-Register
Quellenangabe	https://www.clarcert.com/systeme/cive-1/system.html

Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) nach den Anforderungskriterien der DIN EN ISO 13485:2016

Leistungsbereich	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP)
Ergebnis	Zertifikat gültig bis 04.07.2025
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Rechenregeln	gem. DIN EN ISO 13485:2016
Referenzbereiche	gem. DIN EN ISO 13485:2016

Bundesweites Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)

Leistungsbereich	Zentralinstitut für Interventionelle Radiologie
-------------------------	---

Ergebnis	Zertifizierung nach den Kriterien der DeGIR
Messzeitraum	kontinuierlich
Datenerhebung	https://degir.de/qualitaetssicherung/
Rechenregeln	https://degir.de/qualitaetssicherung/
Referenzbereiche	https://degir.de/qualitaetssicherung/
Vergleichswerte	https://degir.de/qualitaetssicherung/
Quellenangabe	https://degir.de/qualitaetssicherung/

Mitglied im Bundesverband Geriatrie	
Leistungsbereich	Klinik für Geriatrie
Ergebnis	Aufnahme in den BV Geriatrie
Messzeitraum	einmaligen Prüfung der Aufnahmekriterien im Mai 2022
Datenerhebung	vor-Ort-Prüfung der räumlichen, personellen, strukturellen und fachlichen Eignung
Referenzbereiche	gemäß Anforderungskatalog BV Geriatrie
Vergleichswerte	gemäß Anforderungskatalog BV Geriatrie
Quellenangabe	www.bv-geriatrie.de

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

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	43
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Erbrachte Menge	24
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	24
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	30

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
---	--

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	43
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	41

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	286
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	266

Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	68
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	76

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
2	CQ03: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde
3	CQ25: Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach	215
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	41
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	41

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Urologie - CH01/CH01W - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Tagschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Nachtschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	100 %
7	Allgemeine Chirurgie - CH03/MB04 - Nachtschicht	100 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	100 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Nachtschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05 - Tagschicht	100 %
11	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Nachtschicht	100 %
12	Innere Medizin - Dialyse - Tagschicht	100 % teilstationäre Dialyse; Teilstationäre Dialyse
13	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Tagschicht	100 %
14	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Nachtschicht	100 %
15	Geriatric - GE01 - Tagschicht	100 %
16	Geriatric - GE01 - Nachtschicht	100 %
17	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO01/KC01 - Tagschicht	100 %
18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO01/KC01 - Nachtschicht	100 %
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO02 - Tagschicht	100 %
20	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO02 - Nachtschicht	100 %
21	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO03 - Tagschicht	100 %
22	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO03 - Nachtschicht	100 %
23	Intensivmedizin - HZ01 - Tagschicht	100 %
24	Intensivmedizin - HZ01 - Nachtschicht	100 %
25	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Tagschicht	100 %
26	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Nachtschicht	100 %
27	Herzchirurgie - HZ03 - Tagschicht	100 %
28	Herzchirurgie - HZ03 - Nachtschicht	100 %
29	Innere Medizin - MA01/ST01 - Tagschicht	100 %
30	Innere Medizin - MA01/ST01 - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
31	Neurologie - MA03 - Tagschicht	100 %
32	Neurologie - MA03 - Nachtschicht	100 %
33	Innere Medizin - MA04 - Tagschicht	100 %
34	Innere Medizin - MA04 - Nachtschicht	100 %
35	Innere Medizin - MA04/MC04 - Tagschicht	100 %
36	Innere Medizin - MA04/MC04 - Nachtschicht	100 %
37	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Tagschicht	100 %
38	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Nachtschicht	100 %
39	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Tagschicht	100 %
40	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Nachtschicht	100 %
41	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Tagschicht	100 %
42	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Nachtschicht	100 %
43	Innere Medizin - MB09 - Tagschicht	100 %
44	Innere Medizin - MB09 - Nachtschicht	100 %
45	Innere Medizin, Kardiologie - MB09 - Tagschicht	100 %
46	Innere Medizin, Kardiologie - MB09 - Nachtschicht	100 %
47	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Tagschicht	100 %
48	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Nachtschicht	100 %
49	Innere Medizin - MC01 - Tagschicht	100 %
50	Innere Medizin - MC01 - Nachtschicht	100 %
51	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Tagschicht	100 %
52	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Nachtschicht	100 %
53	Innere Medizin - MC06 - Tagschicht	100 %
54	Innere Medizin - MC06 - Nachtschicht	100 %
55	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Tagschicht	100 %
56	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Nachtschicht	100 %
57	Neurologie - NE01 - Tagschicht	100 %
58	Neurologie - NE01 - Nachtschicht	100 %
59	Neurologie - NE02 - Tagschicht	100 %
60	Neurologie - NE02 - Nachtschicht	100 %
61	Neurologische Schlaganfallereinheit - NE04 - Tagschicht	100 %
62	Neurologische Schlaganfallereinheit - NE04 - Nachtschicht	100 %
63	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Tagschicht	100 %
64	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
65	Urologie - UR01 - Tagschicht	100 %
66	Urologie - UR01 - Nachtschicht	100 %
67	Urologie - UR02 - Tagschicht	100 %
68	Urologie - UR02 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Tagschicht	94,79 %
2	Allgemeine Chirurgie - CH01/CH01W - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Urologie - CH01/CH01W - Tagschicht	94,79 %
4	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Tagschicht	88,67 %
5	Allgemeine Chirurgie - CH02 - Nachtschicht	64,92 %
6	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	58,63 %
7	Allgemeine Chirurgie - CH03/MB04 - Nachtschicht	69,32 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Tagschicht	58,63 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - CH03/MB04 - Nachtschicht	69,32 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - CH05 - Tagschicht	78,36 %
11	Allgemeine Chirurgie - CH05 - Nachtschicht	53,97 %
12	Innere Medizin - Dialyse - Tagschicht	100 % teilstationäre Dialyse; Teilstationäre Dialyse
13	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Tagschicht	90,68 %
14	Gynäkologie und Geburtshilfe - FR01 - Nachtschicht	83,56 %
15	Geriatric - GE01 - Tagschicht	90,96 %
16	Geriatric - GE01 - Nachtschicht	54,52 %
17	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO01/KC01 - Tagschicht	95,62 %
18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO01/KC01 - Nachtschicht	96,16 %
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO02 - Tagschicht	96,62 %
20	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO02 - Nachtschicht	88,39 %
21	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO03 - Tagschicht	92,27 %
22	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - HO03 - Nachtschicht	91,99 %
23	Intensivmedizin - HZ01 - Tagschicht	94,25 %
24	Intensivmedizin - HZ01 - Nachtschicht	50,96 %
25	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Tagschicht	56,16 %
26	Innere Medizin, Kardiologie - HZ02 - Nachtschicht	58,08 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
27	Herzchirurgie - HZ03 - Tagschicht	63,29 %
28	Herzchirurgie - HZ03 - Nachtschicht	86,85 %
29	Innere Medizin - MA01/ST01 - Tagschicht	99,73 %
30	Innere Medizin - MA01/ST01 - Nachtschicht	99,45 %
31	Neurologie - MA03 - Tagschicht	88,22 %
32	Neurologie - MA03 - Nachtschicht	100 %
33	Innere Medizin - MA04 - Tagschicht	97,06 %
34	Innere Medizin - MA04 - Nachtschicht	92,48 %
35	Innere Medizin - MA04/MC04 - Tagschicht	91,53 %
36	Innere Medizin - MA04/MC04 - Nachtschicht	86,44 %
37	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Tagschicht	92,29 %
38	Innere Medizin, Kardiologie - MB05 - Nachtschicht	100 %
39	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Tagschicht	54,67 %
40	Innere Medizin, Kardiologie - MB08/MI05 - Nachtschicht	100 %
41	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Tagschicht	52,6 %
42	Intensivmedizin - MB08/MI05 (Intensivbereich) - Nachtschicht	47,95 %
43	Innere Medizin - MB09 - Tagschicht	68,87 %
44	Innere Medizin - MB09 - Nachtschicht	46,36 %
45	Innere Medizin, Kardiologie - MB09 - Tagschicht	68,87 %
46	Innere Medizin, Kardiologie - MB09 - Nachtschicht	46,36 %
47	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Tagschicht	58,08 %
48	Innere Medizin, Kardiologie - MB10 - Nachtschicht	51,23 %
49	Innere Medizin - MC01 - Tagschicht	98,36 %
50	Innere Medizin - MC01 - Nachtschicht	100 %
51	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Tagschicht	81,64 %
52	Innere Medizin, Kardiologie - MC05 - Nachtschicht	57,53 %
53	Innere Medizin - MC06 - Tagschicht	95,79 %
54	Innere Medizin - MC06 - Nachtschicht	89,3 %
55	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Tagschicht	86,58 %
56	Intensivmedizin - MI01/MI02/MI03/MI04 - Nachtschicht	78,36 %
57	Neurologie - NE01 - Tagschicht	95,89 %
58	Neurologie - NE01 - Nachtschicht	59,18 %
59	Neurologie - NE02 - Tagschicht	89,86 %
60	Neurologie - NE02 - Nachtschicht	75,34 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
61	Neurologische Schlaganfalleinheit - NE04 - Tagschicht	68,49 %
62	Neurologische Schlaganfalleinheit - NE04 - Nachtschicht	49,59 %
63	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Tagschicht	77,81 %
64	Intensivmedizin - OIAN/OICA/OICB/OIFR/OIHO/OIHZ/OIKC/OIUR - Nachtschicht	72,88 %
65	Urologie - UR01 - Tagschicht	72,58 %
66	Urologie - UR01 - Nachtschicht	64,44 %
67	Urologie - UR02 - Tagschicht	70,22 %
68	Urologie - UR02 - Nachtschicht	69,3 %