

KMG:Klinikum Nordbrandenburg

Standort Kyritz



Strukturierter Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	15
	Einleitung	15
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	17
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	17
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	17
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	17
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	19
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	19
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	19
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	20
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	21
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	22
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	22
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	22
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	23
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	23
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	23
A-9	Anzahl der Betten	23
A-10	Gesamtfallzahlen	23
A-11	Personal des Krankenhauses	24
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	24
A-11.2	Pflegepersonal	24
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	25

A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	26
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	27
A-12.1	Qualitätsmanagement	27
A-12.1.1	Verantwortliche Person	27
A-12.1.2	Lenkungsgremium	27
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	27
A-12.2.1	Verantwortliche Person	27
A-12.2.2	Lenkungsgremium	27
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	27
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	29
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	29
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	30
A-12.3.1	Hygienepersonal	30
A-12.3.1.1	Hygienekommission	30
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	30
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	30
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	31
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	32
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	32
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	32
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	33
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	33
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	34
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	34
A-12.5.2	Verantwortliche Person	35

A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	35
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	35
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	36
A-13	Besondere apparative Ausstattung	37
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	37
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	37
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	38
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	38
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	38
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	39
B-[1500-KYTRA01]	Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum - Klinik für Unfall- und Handchirurgie	39
B-[1500-KYTRA01].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	39
B-[1500-KYTRA01].1.1	Fachabteilungsschlüssel	39
B-[1500-KYTRA01].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	39
B-[1500-KYTRA01].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[1500-KYTRA01].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	40
B-[1500-KYTRA01].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[1500-KYTRA01].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	41
B-[1500-KYTRA01].6.2	Kompetenzdiagnosen	42
B-[1500-KYTRA01].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	42
B-[1500-KYTRA01].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	43
B-[1500-KYTRA01].7.2	Kompetenzprozeduren	44
B-[1500-KYTRA01].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	44
B-[1500-KYTRA01].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	44

B-[1500-KYTRA01].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	44
B-[1500-KYTRA01].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	44
B-[1500-KYTRA01].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	46
B-[1500-KYTRA01].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	46
B-[1500-KYTRA01].11	Personelle Ausstattung	46
B-[1500-KYTRA01].11.1	Ärzte und Ärztinnen	46
B-[1500-KYTRA01].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	47
B-[1500-KYTRA01].11.1.2	Zusatzweiterbildung	47
B-[1500-KYTRA01].11.2	Pflegepersonal	47
B-[1500-KYTRA01].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	48
B-[1500-KYTRA01].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	48
B-[1500-KYTRA01].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	48
B-[2300-KYORT01]	Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum - Klinik für Orthopädie	49
B-[2300-KYORT01].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	49
B-[2300-KYORT01].1.1	Fachabteilungsschlüssel	49
B-[2300-KYORT01].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	49
B-[2300-KYORT01].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	49
B-[2300-KYORT01].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	50
B-[2300-KYORT01].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[2300-KYORT01].6	Hauptdiagnosen nach ICD	51
B-[2300-KYORT01].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	52
B-[2300-KYORT01].6.2	Kompetenzdiagnosen	52
B-[2300-KYORT01].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	53
B-[2300-KYORT01].7.2	Kompetenzprozeduren	53

B-[2300-KYORT01].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[2300-KYORT01].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	54
B-[2300-KYORT01].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	54
B-[2300-KYORT01].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	54
B-[2300-KYORT01].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	54
B-[2300-KYORT01].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[2300-KYORT01].11	Personelle Ausstattung	55
B-[2300-KYORT01].11.1	Ärzte und Ärztinnen	55
B-[2300-KYORT01].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	55
B-[2300-KYORT01].11.1.2	Zusatzweiterbildung	55
B-[2300-KYORT01].11.2	Pflegepersonal	55
B-[2300-KYORT01].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	56
B-[2300-KYORT01].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	56
B-[2300-KYORT01].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	56
B-[1500-KYVIS]	Zentrum für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie, Gefäßchirurgie	57
B-[1500-KYVIS].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[1500-KYVIS].1.1	Fachabteilungsschlüssel	57
B-[1500-KYVIS].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	57
B-[1500-KYVIS].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	57
B-[1500-KYVIS].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[1500-KYVIS].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[1500-KYVIS].6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-[1500-KYVIS].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	60

B-[1500-KYVIS].6.2	Kompetenzdiagnosen	60
B-[1500-KYVIS].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	60
B-[1500-KYVIS].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	61
B-[1500-KYVIS].7.2	Kompetenzprozeduren	62
B-[1500-KYVIS].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	62
B-[1500-KYVIS].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	63
B-[1500-KYVIS].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	63
B-[1500-KYVIS].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	63
B-[1500-KYVIS].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	64
B-[1500-KYVIS].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	64
B-[1500-KYVIS].11	Personelle Ausstattung	65
B-[1500-KYVIS].11.1	Ärzte und Ärztinnen	65
B-[1500-KYVIS].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	65
B-[1500-KYVIS].11.1.2	Zusatzweiterbildung	65
B-[1500-KYVIS].11.2	Pflegepersonal	65
B-[1500-KYVIS].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	66
B-[1500-KYVIS].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	66
B-[1500-KYVIS].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	66
B-[2200-KYUROBEL]	Zentrum für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Belegabteilung Urologie	67
B-[2200-KYUROBEL].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-[2200-KYUROBEL].1.1	Fachabteilungsschlüssel	67
B-[2200-KYUROBEL].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	67
B-[2200-KYUROBEL].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	67
B-[2200-KYUROBEL].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	68

B-[2200-KYUROBEL].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[2200-KYUROBEL].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	68
B-[2200-KYUROBEL].6.2	Kompetenzdiagnosen	69
B-[2200-KYUROBEL].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[2200-KYUROBEL].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	70
B-[2200-KYUROBEL].7.2	Kompetenzprozeduren	70
B-[2200-KYUROBEL].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-[2200-KYUROBEL].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	71
B-[2200-KYUROBEL].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	71
B-[2200-KYUROBEL].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	71
B-[2200-KYUROBEL].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	71
B-[2200-KYUROBEL].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-[2200-KYUROBEL].11	Personelle Ausstattung	72
B-[2200-KYUROBEL].11.1	Ärzte und Ärztinnen	72
B-[2200-KYUROBEL].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	72
B-[2200-KYUROBEL].11.1.2	Zusatzweiterbildung	72
B-[2200-KYUROBEL].11.2	Pflegepersonal	72
B-[2200-KYUROBEL].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	72
B-[2200-KYUROBEL].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	72
B-[2200-KYUROBEL].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	72
B-[0100-KYINN]	Zentrum für Innere Medizin - Klinik für Innere Medizin	73
B-[0100-KYINN].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-[0100-KYINN].1.1	Fachabteilungsschlüssel	73
B-[0100-KYINN].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	73
B-[0100-KYINN].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	73
B-[0100-KYINN].3	Medizinische Leistungsangebote der	73

	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-[0100-KYINN].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[0100-KYINN].6	Hauptdiagnosen nach ICD	75
B-[0100-KYINN].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	76
B-[0100-KYINN].6.2	Kompetenzdiagnosen	76
B-[0100-KYINN].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	76
B-[0100-KYINN].7.2	Kompetenzprozeduren	77
B-[0100-KYINN].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	77
B-[0100-KYINN].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	78
B-[0100-KYINN].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	78
B-[0100-KYINN].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	78
B-[0100-KYINN].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	78
B-[0100-KYINN].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	79
B-[0100-KYINN].11	Personelle Ausstattung	79
B-[0100-KYINN].11.1	Ärzte und Ärztinnen	79
B-[0100-KYINN].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	79
B-[0100-KYINN].11.1.2	Zusatzweiterbildung	79
B-[0100-KYINN].11.2	Pflegepersonal	79
B-[0100-KYINN].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	80
B-[0100-KYINN].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	80
B-[0100-KYINN].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	80
B-[0100-KYINR]	Zentrum für Innere Medizin - Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie	81
B-[0100-KYINR].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	81
B-[0100-KYINR].1.1	Fachabteilungsschlüssel	81
B-[0100-KYINR].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	81

B-[0100-KYINR].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	81
B-[0100-KYINR].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	82
B-[0100-KYINR].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[0100-KYINR].6	Hauptdiagnosen nach ICD	83
B-[0100-KYINR].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	84
B-[0100-KYINR].6.2	Kompetenzdiagnosen	84
B-[0100-KYINR].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	85
B-[0100-KYINR].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	86
B-[0100-KYINR].7.2	Kompetenzprozeduren	86
B-[0100-KYINR].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	86
B-[0100-KYINR].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	86
B-[0100-KYINR].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	86
B-[0100-KYINR].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	86
B-[0100-KYINR].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	86
B-[0100-KYINR].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-[0100-KYINR].11	Personelle Ausstattung	87
B-[0100-KYINR].11.1	Ärzte und Ärztinnen	87
B-[0100-KYINR].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	87
B-[0100-KYINR].11.1.2	Zusatzweiterbildung	87
B-[0100-KYINR].11.2	Pflegepersonal	87
B-[0100-KYINR].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	88
B-[0100-KYINR].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	88
B-[0100-KYINR].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	88
B-[3600-KYANÄ]	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin KY	89
B-[3600-KYANÄ].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	89

B-[3600-KYANÄ].1.1	Fachabteilungsschlüssel	89
B-[3600-KYANÄ].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	89
B-[3600-KYANÄ].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	89
B-[3600-KYANÄ].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	89
B-[3600-KYANÄ].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-[3600-KYANÄ].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	90
B-[3600-KYANÄ].6.2	Kompetenzdiagnosen	90
B-[3600-KYANÄ].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	90
B-[3600-KYANÄ].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	90
B-[3600-KYANÄ].7.2	Kompetenzprozeduren	90
B-[3600-KYANÄ].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	90
B-[3600-KYANÄ].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	90
B-[3600-KYANÄ].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	90
B-[3600-KYANÄ].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	90
B-[3600-KYANÄ].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	90
B-[3600-KYANÄ].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	90
B-[3600-KYANÄ].11	Personelle Ausstattung	91
B-[3600-KYANÄ].11.1	Ärzte und Ärztinnen	91
B-[3600-KYANÄ].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	91
B-[3600-KYANÄ].11.1.2	Zusatzweiterbildung	91
B-[3600-KYANÄ].11.2	Pflegepersonal	91
B-[3600-KYANÄ].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	92
B-[3600-KYANÄ].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	92
B-[3600-KYANÄ].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	92
B-[2300]	Tagesklinik für Schmerztherapie	93

B-[2300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	93
B-[2300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	93
B-[2300].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	93
B-[2300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	93
B-[2300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	93
B-[2300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	93
B-[2300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	94
B-[2300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	94
B-[2300].6.2	Kompetenzdiagnosen	95
B-[2300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	95
B-[2300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	96
B-[2300].7.2	Kompetenzprozeduren	96
B-[2300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	96
B-[2300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	96
B-[2300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	96
B-[2300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	96
B-[2300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	96
B-[2300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	96
B-[2300].11	Personelle Ausstattung	97
B-[2300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	97
B-[2300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	97
B-[2300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	97
B-[2300].11.2	Pflegepersonal	97
B-[2300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	97
B-[2300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	98

B-[2300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	98
C	Qualitätssicherung	.....	99
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	99
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	.....	99
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	.....	100
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	.....	100
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	178
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	178
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	178
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	178
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	178
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	.....	178
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	179
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	179
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	180
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	180
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	181
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	181

C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	181
------	---	-----

Vorwort

Drei Standorte – ein Klinikum. Unser KMG Klinikum Nordbrandenburg betreiben wir an den Standorten Kyritz, Pritzwalk und Wittstock. Für die Gesundheit unserer Patient*innen sind wir im Einzugsgebiet von Brandenburg, Berlin, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern im Einsatz.

Wir bündeln unsere Kompetenzen so, dass wir unsere Patient*innen bestmöglich medizinisch versorgen können. Was bedeutet das? Ein entscheidendes Kriterium für die Qualität einer medizinischen Behandlung ist, wie häufig Ärzt*innen und ihre Teams diese durchführen. Dadurch, dass wir bestimmte Leistungen an den einzelnen Standorten konzentrieren, stellen wir also die Behandlungsqualität sicher.

Mit dieser Struktur halten wir ein breites und gleichzeitig hoch spezialisiertes medizinisches Versorgungsangebot mit 19 Fachabteilungen bereit. Insgesamt betreiben wir an unserem KMG Klinikum Nordbrandenburg 423 Betten und Plätze. Etwa 850 Mitarbeiter*innen kümmern sich in der familiären Atmosphäre der drei Klinika um die Gesundheit unserer Patient*innen. Wir behandeln hier pro Jahr ca. 14.300 Patient*innen stationär, rund 30.500 Patient*innen ambulant und 17.000 Patient*innen als Notfälle nach aktuellsten medizinischen und wissenschaftlichen Standards.

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Unsere KMG Klinikum Mitte GmbH ist ein Krankenhaus im Bundesland Brandenburg mit drei Klinikstandorten in Kyritz, Pritzwalk und Wittstock. Insgesamt haben wir hier 434 Betten aufgestellt. Etwa 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern sich in der familiären Atmosphäre der drei Klinika um die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten. An den drei Klinikstandorten werden pro Jahr ca. 16.000 Patient*innen stationär, rund 22.000 Patient*innen ambulant und 6.500 Patient*innen als Notfälle nach aktuellsten medizinischen und wissenschaftlichen Standards behandelt.

Unser KMG Klinikum Kyritz verfügt über hochmoderne OP-Säle, Funktionsräume und Therapiemöglichkeiten. In unserem 2015 fertiggestellten Bettenhausneubau bieten wir unseren Patientinnen und Patienten eine komfortable Unterbringung während ihres Aufenthalts bei uns. Darüber hinaus erfüllt unser KMG Klinikum Kyritz die wichtige Funktion eines Akademischen Lehrkrankenhauses der Universitätsmedizin Greifswald. Die Arbeit unseres Replantationszentrums für schwere Handverletzungen für das Land Brandenburg stellt ein Alleinstellungsmerkmal in der Region dar und zeigt beispielhaft die hohe medizinische und pflegerische Spezialisierung unseres Klinikums.

Wir verfügen über einen Computertomografen (CT) und einen Magnetresonanztomografen (MRT) der neuesten Generation. Durch die teleradiologische Anbindung unseres KMG Klinikums an das Unfallkrankenhaus Berlin - eine der modernsten Spezialkliniken Europas - können schwere akute Erkrankungen wie Schlaganfall, Blutungen, komplizierten Frakturen und Tumoren hochauflösend dargestellt und rund um die Uhr befundet werden, um unsere Patientinnen und Patienten schnellstmöglich der richtigen Behandlung zuzuführen.

Ebenfalls durch Einführung modernster Medizintechnik für den Bereich Innere Medizin/Gastroenterologie können wir Ultraschalluntersuchungen des Magen-Darm-Trakts sowie endoskopische Eingriffe zum Beispiel an den Gallenwegen und der Bauchspeicheldrüse (ERCP) vornehmen.

Wir versorgen Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall nach neuestem medizinischen Standard.

Im Rheumazentrum arbeiten internistische und orthopädische Rheumatolog*innen gemeinsam daran, unsere Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Krankheiten sowohl stationär als auch ambulant auf höchstem Niveau zu betreuen.

In unserer orthopädischen Klinik werden schwerpunktmäßig neben dem Ersatz von Gelenken minimal invasive Eingriffe an Gelenken und Eingriffe an der Wirbelsäule vorgenommen. Wir sind zertifiziertes EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung. Spezialisiert ist unsere Klinik zudem auf Rheumatologie und Fußchirurgie bei Kindern.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	F.Rohde@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Controlling
Titel, Vorname, Name	Anja Prill
Telefon	033971 64 1104
Fax	033971 64 1101
E-Mail	A.Prill@kmg-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.kmg-kliniken.de
--	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH
PLZ	19336
Ort	Bad Wilsnack
Straße	Badstr.
Hausnummer	5 - 7
IK-Nummer	261201323
Standort-Nummer	771600000
Standort-Nummer alt	01
Telefon-Vorwahl	033971
Telefon	640
E-Mail	kyritz@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	https://kmg-kliniken.de/akutkliniken/kmg-klinikum-nordbrandenburg/standort-kyritz

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Kyritz

PLZ	16866
Ort	Kyritz
Straße	Perleberger Str.
Hausnummer	31a
IK-Nummer	261201323
Standort-Nummer	771600000
Standort-Nummer alt	01
Standort-URL	http://www.kmg-kliniken.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Kyritz
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	F.Rohde@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name	Jannis Fey
Telefon	03395 685 114
Fax	03395 685 129
E-Mail	J.Fey@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Geschäftsführer - Standort Wittstock

Jannis Fey / Frank Rohde

03394 427 1000

03394 427 1002

F.Rohde@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Ärztlicher Direktor - Standort Kyritz

Dr. med. Fred Gätkke

033971 64 2202

033971 64 2201

F.Gaetcke@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Ärztliche Direktorin - Standort Pritzwalk

Dr. med. Anne-Grit Bialojan

03395 685 290

03395 685 291

A.Bialojan@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Ärztlicher Direktor - Standort Wittstock

Dr. med. Volker Hitz

03394 427 1100

03394 427 1102

V.Hitz@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Pflegedienstleitung - Standort Kyritz

Katrin Bartel

033971 64 2300

033971 64 1101

K.Bartel@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Pflegedienstleitung - Standort Pritzwalk

Marco Grove

03395 685 300

03395 685 129

M.Grove@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Pflegedienstleitung - Standort Wittstock

Iris Weise

03394 427 1300

03394 427 1002

I.Weise@kmg-kliniken.de

Leitung des Standorts

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Kyritz - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Geschäftsführer

Frank Rohde

033971 64 1102

Fax	033971 64 1101
E-Mail	F.Rohde@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Kyritz - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fred Gätcke
Telefon	033971 64 2202
Fax	033971 64 2201
E-Mail	F.Gaetcke@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Kyritz - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Kathrin Bartel
Telefon	033971 64 2300
Fax	033971 64 1101
E-Mail	K.Bartel@kmg-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

Name der Universität

Universitätsmedizin Greifswald

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
- 2 MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
- 3 *Diät- und Ernährungsberatung ist die Basis vieler Therapien. In individuell ausgerichteten Beratungen durch unser Fachpersonal erfahren Patienten viel Wissenswertes über diese Seite der Behandlung.*
- 4 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
- 5 MP04 - Atemgymnastik/-therapie
- 6 MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
MP25 - Massage
- 7 *z.B. Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu*
- 8 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
- 9 *Umfangreiches Angebot*
MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
- 10 *Neben der stationären physiotherapeutischen Versorgung der orthopädischen, chirurgischen und internistischen Patienten leistet die Abteilung für Physiotherapie im Rahmen einer Institutsambulanz die therapeutische Versorgung ambulanter Patienten.*
MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
- 11 *Fortführung von Leitlinien und klinischen Krankenhauspfaden in der Krankenpflege.*
- 12 MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 13 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 14 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 15 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter
Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
- 16
- 17 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
MP51 - Wundmanagement
- 18 *z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris*
- 19 MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
- 20 *bei chronischen und akuten Schmerzen*
- 21 MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
MP45 - Stomatherapie/-beratung
- 22 *In Zusammenarbeit mit den ambulanten Versorgern erfolgt eine Einweisung in spezifische Anwendungsversorgungstechniken im Bereich der Stomatherapie inklusive entsprechenden Schulungen zur Selbstversorgung.*
MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
- 23 *Speziell ausgebildete Schwestern zur Wundbehandlung.*
MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
- 24 *Ständige Rücksprache und Kontaktperson zur unmittelbaren Versorgung mit Hilfsmitteln und orthopädischer Technik.*
MP63 - Sozialdienst
- 25 *Erstellung von Anträgen für Rehabilitationsmaßnahmen; Pflegestufen; Heimunterbringungen; Betreuungsaufgaben; Hospizanträge*
MP37 - Schmerztherapie/-management
- 26 *Interdisziplinäre Schmerztherapie inklusive interventioneller Techniken zur symptomatischen postoperativen Behandlung.*

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 27 MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms
- 28 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
- 29 MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
- 30 MP61 - Redressionstherapie
- 31 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
Vorträge, Tag der offenen Tür
- 32 MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
- 33 MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik
- 34 MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
- 35 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
- 36 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
Kontinenztraining über die Abteilung für Physiotherapie
- 37 MP69 - Eigenblutspende
- 38 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
in Kooperation

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- 1 NM05: Mutter-Kind-Zimmer
NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 2 *Wahlleistung-Unterkunft: Mit besonderen Serviceleistungen in einem komfortablen Ambiente möchten wir zu Ihrem Wohlbefinden beitragen. Unsere Wahlleistung Unterkunft beinhaltet, je nach Verfügbarkeit, die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibett-Zimmer mit vielen kleinen Extras und Service.*
NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
- 3 *Persönliche, medizinisch notwendige und kulturelle Ernährungsgewohnheiten werden durch unser Servicepersonal erfragt und berücksichtigt*
- 4 NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 5 *Wahlleistung-Unterkunft: Mit besonderen Serviceleistungen in einem komfortablen Ambiente möchten wir zu Ihrem Wohlbefinden beitragen. Unsere Wahlleistung Unterkunft beinhaltet, je nach Verfügbarkeit, die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibett-Zimmer mit vielen kleinen Extras und Service.*
- 6 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
- 7 NM40: Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
- 8 *WLAN, Telefon am Bett, Fernsehgerät am Bett/im Zimmer, Aufenthaltsraum und Cafeteria mit Verkauf von Zeitschriften vorhanden*
- 9 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
- 10 NM68: Abschiedsraum
- 11 NM07: Rooming-in

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name	Manuela Schierstedt
Telefon	03843 34 3060
Fax	03843 34 3120
E-Mail	M.Schierstedt@kmg-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
- 2 BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 3 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
- 4 BF21 - Hilfsggeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
- 5 BF23 - Allergenarme Zimmer
- 6 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 7 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
- 8 BF24 - Diätetische Angebote
- 9 BF11 - Besondere personelle Unterstützung
- 10 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 11 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 12 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
- 13 BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
- 14 BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 15 BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
- 16 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- 17 BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
- 18 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
- 19 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 20 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 21 BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
- 22 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
- 23 BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- # Ausbildung in anderen Heilberufen
- 1 HB06 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin
- 2 HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
- 3 HB13 - Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)
- 4 HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
- 5 HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
- 6 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
- 7 HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
- 8 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- 9 HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	144
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	6898
Teilstationäre Fallzahl	49
Ambulante Fallzahl	20141
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt				46,31
Beschäftigungsverhältnis	Mit	46,22	Ohne	0,09
Versorgungsform	Ambulant	7,02	Stationär	39,29
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				29,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	29,55	Ohne	0,05
Versorgungsform	Ambulant	5,53	Stationär	24,07
Belegärztinnen und Belegärzte				
Gesamt				1
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind				
Gesamt				0,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,23	Stationär	0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind				
Gesamt				0,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,23	Stationär	0

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				105,95
Beschäftigungsverhältnis	Mit	105,92	Ohne	0,03
Versorgungsform	Ambulant	10,65	Stationär	95,3
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				29,71
Beschäftigungsverhältnis	Mit	29,68	Ohne	0,03
Versorgungsform	Ambulant	10,65	Stationär	19,06
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,95
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,95
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,56
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,56
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				3,69

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,69

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				2,77
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,77

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

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

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt				15,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	15,87
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,87

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				15,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	15,87
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,87

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

Gesamt				7,66
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,3	Stationär	6,36

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				7,66
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,3	Stationär	6,36

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				4,01
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,99	Stationär	3,02

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				2,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,99	Stationär	1,53

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	1,75

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				10,73
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	8,73

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

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

1) Psychoonkologie Curriculum

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,8

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

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

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				0,72
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,62

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				1,77
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	1,27

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

Gesamt				8,19
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,25	Stationär	4,94

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	Kyritz@kmg-kliniken.de

Frau Karina Legde, Qualitätsmanagementbeauftragte EPZMax, Regionales Traumazentrum

A-12.5.2. Vorsitz der Arzneimittelkommission Frau Dr. med. Anne-Grit Bialojan

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	Krankenhausleitung
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
- 1 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_CIRS Critical Incidents Reporting/VA_Risikomanagement/VA_Fehler-Korrektur-und_Vorbeugemaßnahmen
Letzte Aktualisierung: 17.11.2021
- 2 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM04: Klinisches Notfallmanagement
- 3 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Notfall_OP/VA_KY_EPZ_QMH2_VA_Notfallmanagement
Letzte Aktualisierung: 27.02.2023
RM05: Schmerzmanagement
- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Schmerzmanagement
Letzte Aktualisierung: 20.02.2023
RM06: Sturzprophylaxe
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Sturzprophylaxe
Letzte Aktualisierung: 14.11.2022
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Expertenstandard Dekubitus
Letzte Aktualisierung: 28.02.2022
RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Ausfall_Medizintechnik
Letzte Aktualisierung: 01.09.2023
- 8 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
- 9 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
- 10 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Sicherheitscheckliste_OP
Letzte Aktualisierung: 08.11.2021
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 12 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** KY_EPZ_QMH2_VA_InstitutionelleBesprechungenEPZmax
Letzte Aktualisierung: 20.10.2023
RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen
- 13 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** KY_EPZ_QMH2_LL_Patientenidentifikation
Letzte Aktualisierung: 03.11.2021
RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
- 14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 24.11.2022
RM18: Entlassungsmanagement
- 15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Entlassmanagement
Letzte Aktualisierung: 30.09.2022
RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- 16 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Pflegestandards
Letzte Aktualisierung: 10.12.2019

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☒ Tumorkonferenzen
- ☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☒ Palliativbesprechungen
- ☒ Qualitätszirkel
- ☒ Andere: Qualitätszirkel EPZ Max und Regionales Traumazentrum

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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: 19.08.2019
- 2 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
Frequenz: quartalsweise
- 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 quartalsweise

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit Einführung Qualitätsmanagement Prozessanpassung
Einführung Fehlermeldesysteme

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Genutzte Systeme

- # Bezeichnung
- 1 EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen) 1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher
Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher
Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 2

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher
Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 12

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fred Gätkke
Telefon	033971 64 2202
Fax	033971 64 2201
E-Mail	F.Gaetcke@kmg-kliniken.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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
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	Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der 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) 10,66

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen
Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 85,1

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	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 (1)

#	Option	Auswahl
	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte	
2	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 (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**Hygienebezogenes Risikomanagement**

#	Instrument bzw. Maßnahme	
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
2	Frequenz: jährlich <i>Jährliche Revalidierung der Anlagen</i>	
3	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: monatlich	

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

- ☒ CDAD-KISS
- ☒ HAND-KISS
- ☒ ITS-KISS
- ☒ MRSA-KISS
- ☒ OP-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. Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum	Ja
2	Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. Die Zeitziele für die Rückmeldung an die	Ja
5	Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	<i>Die Verfahrensweise zum Beschwerde-Management gilt für das gesamte KMG Klinikum Kyritz. Verantwortlichkeit: alle Mitarbeiter Es erfolgt eine Information an die Mitarbeiter, Abteilungsleiter und Klinikleitung. Dabei werden einzuleitende Maßnahmen oder Verbesserungsmöglichkeiten besprochen.</i>
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	Kyritz@kmg-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Sigrid Schumacher
Telefon	033973 50 513
Fax	033971 64 1101
E-Mail	Kyritz@kmg-kliniken.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
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Apotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. Christian Heyde
Telefon	03391 39 4201
Fax	03391 39 4209
E-Mail	gf@ukrb.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	2
Erläuterungen	Kooperation mit externer Apotheke

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.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

- | | |
|---|--|
| # | Instrument bzw. Maßnahme |
| 1 | AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 2 | AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) |
| 3 | AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen |
| 4 | AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln |
| 5 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |
| 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 | AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA_CIRS Critical Incidents Reporting/VA_Risikomanagement/VA_Fehler-Korrektur-und_Vorbeugemaßnahmen |
| | Letzte Aktualisierung: 17.11.2021 |

Instrumente und Maßnahmen AMTS

Instrument bzw. Maßnahme

AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis

10 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_CIRS Critical Incidents
Reporting/VA_Risikomanagement/VA_Fehler-Korrektur-und_Vorbeugemaßnahmen

Letzte Aktualisierung: 17.11.2021

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

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

- ☒ Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- ☒ Fallbesprechungen
- ☒ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- ☒ Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

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.

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
		Ja
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung
		CT
2	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja
		Hirnstrommessung
3	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
		Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
4	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
		Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja
		Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder

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

☒ Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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.

Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1500-KYTRA01] Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum - Klinik für Unfall- und Handchirurgie

B-[1500-KYTRA01].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum - Klinik für Unfall- und Handchirurgie

B-[1500-KYTRA01].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-KYTRA01].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fred Gätsche
Telefon	033971 64 2202
Fax	033971 64 2201
E-Mail	F.Gaetcke@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ltd. Arzt der Klinik für Unfall- und Handchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Karsten Paesler
Telefon	033971 64 2202
Fax	033971 64 2201
E-Mail	K.Paesler@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[1500-KYTRA01].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-KYTRA01].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 2 VC58 - Spezialsprechstunde
- 3 VC66 - Arthroskopische Operationen
- 4 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 5 VC71 - Notfallmedizin
- 6 VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
- 7 VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
- 8 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
- 9 VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
- 10 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 11 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 12 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
- 13 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 14 VC30 - Septische Knochenchirurgie
- 15 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 16 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
- 17 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
- 18 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 19 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- 20 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- 21 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
- 22 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 23 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 24 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
- 25 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
- 26 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
- 27 VC63 - Amputationschirurgie
- 28 VC69 - Verbrennungschirurgie
- 29 VO15 - Fußchirurgie
- 30 VO16 - Handchirurgie
- 31 VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
- 32 VO21 - Traumatologie
- 33 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 34 VR44 - Teleradiologie
- 35 VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)

#	Medizinische Leistungsangebote
36	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
37	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
38	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
39	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
40	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
41	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
42	VR02 - Native Sonographie
43	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
44	VR04 - Duplexsonographie
45	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
46	VR06 - Endosonographie
47	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

B-[1500-KYTRA01].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1641
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500-KYTRA01].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M75	Schulterläsionen	113
2	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	103
3	S52	Fraktur des Unterarmes	94
4	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	86
5	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	85
6	S06	Intrakranielle Verletzung	62
7	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	62
8	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	60
9	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	56
10	S72	Fraktur des Femurs	54
11	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	51
12	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	50
13	L03	Phlegmone	47
14	M72	Fibromatosen	46
15	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	43
16	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	42
17	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	40
18	M19	Sonstige Arthrose	38
19	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	28
20	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	27
21	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	25
22	S68	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand	24
23	S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	24

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	20
25	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	20
26	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	19
27	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	18
28	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	17
29	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	17
30	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	12

B-[1500-KYTRA01].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500-KYTRA01].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	248
2	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	229
3	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	138
4	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	135
5	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	130
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	102
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	101
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	101
9	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	100
10	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	100
11	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	100
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	90
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	89
14	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	88
15	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	87
16	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	80
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	76
18	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	70
19	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	68
20	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	66
21	3-206	Native Computertomographie des Beckens	55
22	5-824.a	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Daumensattelgelenkendoprothese	53
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	51

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	47
25	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	47
26	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	45
27	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	40
28	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	35
29	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	34
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	34

B-[1500-KYTRA01].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	297
2	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	290
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	164
4	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	136
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	130
6	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	121
7	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	120
8	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	96
9	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	86
10	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	85
11	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	72
12	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	55
13	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	42
14	5-849	Andere Operationen an der Hand	38
15	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	38
16	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	37
17	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	37
18	5-841	Operationen an Bändern der Hand	37
19	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	31
20	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	25
21	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	25
22	5-916	Temporäre Weichteildeckung	22
23	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	21

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
24	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	21
25	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	21
26	8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	21
27	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	20
28	5-784	Knochen transplantation und -transposition	19
29	5-044	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär	19
30	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	19

B-[1500-KYTRA01].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500-KYTRA01].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt <i>Behandlung von berufsgenossenschaftlich verletzten Patienten</i>
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)	Spezielle Handsprechstunde
3	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
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)	Nachsorgesprechstunde Schulter und Knie
7	AM07 - Privatambulanz	Chirurgische/Traumatologische Indikationssprechstunde

B-[1500-KYTRA01].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1500-KYTRA01].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1500-KYTRA01].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	60
2	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	59
3	5-841.13	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Mittelhand	53
4	5-841.13	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Mittelhand	40
5	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	18
6	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	17
7	5-840.35	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Daumen	12
8	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	10

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-840.35	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Daumen	10
10	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	9
11	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	4
12	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	< 4
13	5-846.4	Arthrodeese an Gelenken der Hand: Interphalangealgelenk, einzeln	< 4
14	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	< 4
15	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	< 4
16	5-056.3	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm	< 4
17	5-810.97	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Handgelenk n.n.bez.	< 4
18	5-795.3b	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metakarpale	< 4
19	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	< 4
20	5-844.15	Operation an Gelenken der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe: Interphalangealgelenk, einzeln	< 4
21	5-814.1	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch sonstige Verfahren	< 4
22	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	< 4
23	5-787.g6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radius distal	< 4
24	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	< 4
25	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	< 4
26	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	< 4
27	5-787.27	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal	< 4
28	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	< 4
29	5-787.0a	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Karpale	< 4
30	5-787.2r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Fibula distal	< 4

B-[1500-KYTRA01].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	122
2	5-841	Operationen an Bändern der Hand	99
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	59
4	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	28
5	5-849	Andere Operationen an der Hand	27
6	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	8
7	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	8
8	5-844	Operation an Gelenken der Hand	5
9	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4
10	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	< 4
11	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	< 4
12	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
13	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
14	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
15	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
16	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
17	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
18	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
19	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
20	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
21	5-845	Synovialektomie an der Hand	< 4

B-[1500-KYTRA01].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1500-KYTRA01].11 Personelle Ausstattung**B-[1500-KYTRA01].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,35	Fälle je VK/Person	258,4252
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,31	Ohne	0,04
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	6,35
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,54	Fälle je VK/Person	558,163269
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,5	Ohne	0,04
Versorgungsform	Ambulant	1,6	Stationär	2,94

B-[1500-KYTRA01].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
 - 2 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
 - AQ41 - Neurochirurgie
 - 3 *Kooperation*
 - AQ44 - Nuklearmedizin
 - 4 *Kooperation*
 - AQ54 - Radiologie
 - 5 *Kooperation*
 - AQ58 - Strahlentherapie
 - 6 *Kooperation*
 - AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
 - 7 *Kooperation*
 - AQ23 - Innere Medizin
 - 8 AQ42 - Neurologie
 - 9

B-[1500-KYTRA01].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF12 - Handchirurgie
 - 2 ZF23 - Magnetresonanztomographie – fachgebunden –
 - 3 ZF28 - Notfallmedizin
 - 4 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
 - 5 ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
 - 6 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

B-[1500-KYTRA01].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		13,34	Fälle je VK/Person	123,013489
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,34

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,64	Fälle je VK/Person	2564,0625
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,64

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,25	Fälle je VK/Person	1312,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,25

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,58	Fälle je VK/Person	2829,31055
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,58

B-[1500-KYTRA01].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 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 4 PQ13 - Hygienefachkraft
- 5 PQ20 - Praxisanleitung
- 6 PQ12 - Notfallpflege
- 7 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1500-KYTRA01].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP14 - Schmerzmanagement
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP16 - Wundmanagement

B-[1500-KYTRA01].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2300-KYORT01] Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum - Klinik für Orthopädie

B-[2300-KYORT01].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum - Klinik für Orthopädie

B-[2300-KYORT01].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2300 - Orthopädie

B-[2300-KYORT01].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fred Gätkke
Telefon	033971 64 2202
Fax	033971 64 2201
E-Mail	F.Gaetcke@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ltd. Arzt der Klinik für Orthopädie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ralf Schade
Telefon	033971 64 2232
Fax	033971 64 2231
E-Mail	R.Schade@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2300-KYORT01].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-[2300-KYORT01].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
 - 2 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
 - 3 VC66 - Arthroskopische Operationen
 - 4 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
 - 5 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
 - 6 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
 - 7 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
 - 8 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
 - 9 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
 - 10 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
 - 11 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
 - 12 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
 - 13 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
 - 14 VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
 - 15 VO12 - Kinderorthopädie
 - 16 VO13 - Spezialsprechstunde
 - 17 VO14 - Endoprothetik
 - 18 VO15 - Fußchirurgie
 - 19 VO16 - Handchirurgie
 - 20 VO17 - Rheumachirurgie
 - 21 VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
 - 22 VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
 - 23 VO21 - Traumatologie
 - 24 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
 - 25 VR44 - Teleradiologie
 - 26 VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
 - 27 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
 - 28 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
 - 29 VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
 - 30 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
 - 31 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
 - 32 VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren

B-[2300-KYORT01].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1212
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2300-KYORT01].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M54.4	Lumboischialgie	237
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	159
3	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	112
4	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	85
5	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	73
6	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	56
7	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	46
8	M53.3	Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert	26
9	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	23
10	M54.5	Kreuzschmerz	23
11	S83.2	Meniskusriss, akut	21
12	M54.3	Ischialgie	15
13	M54.2	Zervikalneuralgie	14
14	M80.58	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	13
15	M23.25	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Außenmeniskus	13
16	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	9
17	M67.26	Hypertrophie der Synovialis, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	9
18	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	9
19	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	9
20	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	9
21	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	8
22	M54.80	Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	8
23	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	8
24	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	7
25	M94.96	Knorpelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	7
26	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	6
27	M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	6
28	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	6
29	M20.1	Hallux valgus (erworben)	6
30	M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	6

B-[2300-KYORT01].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	390
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	252
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	159
4	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	70
5	M75	Schulterläsionen	36
6	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	35
7	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	28
8	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	25
9	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	22
10	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	20
11	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	14
12	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	13
13	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	9
14	M48	Sonstige Spondylopathien	8
15	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	8
16	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	7
17	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	7
18	S72	Fraktur des Femurs	7
19	M00	Eitrige Arthritis	6
20	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	6
21	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	6
22	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	5
23	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	5
24	M19	Sonstige Arthrose	4
25	M87	Knochennekrose	4
26	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	4
27	M13	Sonstige Arthritis	4
28	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	M66	Spontanruptur der Synovialis und von Sehnen	< 4
30	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	< 4

B-[2300-KYORT01].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2300-KYORT01].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	269
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	176
3	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	164
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	85
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	50
6	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	41
7	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	35
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	29
9	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	27
10	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	17
11	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	16
12	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	14
13	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	14
14	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	13
15	5-784	Knochen transplantation und -transposition	13
16	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	12
17	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	12
18	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	12
19	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	12
20	5-916	Temporäre Weichteildeckung	11
21	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	10
22	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	9
23	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	6
24	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	4
25	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	4
26	5-786	Osteosyntheseverfahren	< 4
27	5-808	Offen chirurgische Arthrodesen	< 4
28	5-836	Spondylodese	< 4
29	5-789	Andere Operationen am Knochen	< 4
30	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4

B-[2300-KYORT01].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[2300-KYORT01].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. §	
1	31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Orthopädische Sprechstunde

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Nachsorgesprechstunde
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Endoprothetik
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von	Zentrale Notaufnahme
5	Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	
6	AM07 - Privatambulanz	Orthopädische Indikationssprechstunde

B-[2300-KYORT01].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2300-KYORT01].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2300-KYORT01].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	5
2	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	5
3	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	< 4

B-[2300-KYORT01].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	5
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	5

B-[2300-KYORT01].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2300-KYORT01].11 Personelle Ausstattung**B-[2300-KYORT01].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,15	Fälle je VK/Person	141,754379
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,14	Ohne	0,01
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	8,55
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		5,26	Fälle je VK/Person	254,621841
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,25	Ohne	0,01
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	4,76

B-[2300-KYORT01].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
 - 2 AQ07 - Gefäßchirurgie
 - 3 *Kooperation*
AQ58 - Strahlentherapie
 - 4 *Kooperation*
AQ44 - Nuklearmedizin
 - 5 *Kooperation*
AQ54 - Radiologie
 - 6 *Kooperation*
AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin

B-[2300-KYORT01].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF19 - Kinder-Orthopädie
 - 2 ZF23 - Magnetresonanztomographie – fachgebunden –
 - 3 ZF28 - Notfallmedizin
 - 4 ZF29 - Orthopädische Rheumatologie
 - 5 ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
 - 6 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
 - 7 ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
 - 8 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
 - 9 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
 - 10 ZF44 - Sportmedizin
 - 11 ZF12 - Handchirurgie

B-[2300-KYORT01].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		14,9	Fälle je VK/Person	81,34228
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,9
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,92	Fälle je VK/Person	1317,39124
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,92
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1212
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[2300-KYORT01].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 3 PQ13 - Hygienefachkraft
- 4 PQ20 - Praxisanleitung
- 5 PQ12 - Notfallpflege
- 6 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2300-KYORT01].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP14 - Schmerzmanagement
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP16 - Wundmanagement

B-[2300-KYORT01].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500-KYVIS] Zentrum für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie, Gefäßchirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie, Gefäßchirurgie

B-[1500-KYVIS].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-KYVIS].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Zentrum für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Arnd Müller
Telefon	033971 64 2212
Fax	033971 64 2211
E-Mail	Arnd.Mueller@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[1500-KYVIS].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 2 VC58 - Spezialsprechstunde
- 3 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 4 VC20 - Nierenchirurgie
- 5 VC21 - Endokrine Chirurgie
- 6 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
- 7 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 8 VC24 - Tumorchirurgie
- 9 VC62 - Portimplantation
- 10 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 11 VR44 - Teleradiologie
- 12 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 13 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 14 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 15 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 16 VR06 - Endosonographie
- 17 VC00 - („Sonstiges“): Hernienchirurgie
- 18 VC00 - („Sonstiges“): Proktologie
- 19 VC00 - („Sonstiges“): Sonographie des Bauchraumes und des Brustkorbes

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

Vollstationäre Fallzahl	778
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500-KYVIS].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	108
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	59
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	40
4	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	28
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	25
6	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	21
7	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	18
8	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	18
9	L72.1	Trichilemmalzyste	17
10	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	17
11	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	16
12	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	15
13	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	14
14	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	14
15	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	12
16	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	12
17	K61.0	Analabszess	11
18	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	11
19	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	9
20	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	8
21	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	8
22	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	8
23	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	8
24	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	7
25	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	7
26	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	7
27	K36	Sonstige Appendizitis	6
28	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	6
29	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	6
30	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	6

B-[1500-KYVIS].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	140
2	K80	Cholelithiasis	120
3	K57	Divertikulose des Darmes	49
4	K35	Akute Appendizitis	43
5	K43	Hernia ventralis	33
6	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	32
7	K42	Hernia umbilicalis	26
8	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	26
9	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	25
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	19
11	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	17
12	E04	Sonstige nichttoxische Struma	16
13	L05	Pilonidalzyste	15
14	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	14
15	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	12
16	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10
17	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	10
18	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	10
19	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
20	K44	Hernia diaphragmatica	7
21	C16	Bösartige Neubildung des Magens	7
22	K25	Ulcus ventriculi	6
23	K36	Sonstige Appendizitis	6
24	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	6
25	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	4
26	K81	Cholezystitis	4
27	K85	Akute Pankreatitis	4
28	I70	Atherosklerose	4
29	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
30	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	< 4

B-[1500-KYVIS].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[1500-KYVIS].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	144
2	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	103
3	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	101
4	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm² bis unter 200 cm²	101

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	82
6	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	70
7	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	67
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	58
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	41
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	40
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	40
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	38
13	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	31
14	5-470.10	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch (Schlingen)ligatur	30
15	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	27
16	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	27
17	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	26
18	8-701	Einfache endotracheale Intubation	26
19	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	24
20	5-534.36	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	24
21	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	24
22	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	23
23	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	22
24	5-916.a5	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	22
25	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	21
26	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	20
27	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	19
28	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	18
29	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	17
30	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	16

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	145
2	5-511	Cholezystektomie	110
3	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	74

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	5-469	Andere Operationen am Darm	73
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	56
6	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	49
7	5-470	Appendektomie	46
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	45
9	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	35
10	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	28
11	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	27
12	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	26
13	8-701	Einfache endotracheale Intubation	26
14	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	22
15	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	22
16	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	21
17	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	19
18	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	19
19	5-063	Thyreoidektomie	16
20	8-176	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss	15
21	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	15
22	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	15
23	8-132	Manipulationen an der Harnblase	14
24	5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	14
25	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	14
26	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	13
27	5-465	Rückverlagerung eines doppeläufigen Enterostomas	12
28	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	12
29	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	11
30	1-650	Diagnostische Koloskopie	11

B-[1500-KYVIS].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500-KYVIS].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
3	AM07 - Privatambulanz	Koloproktologische Indikationssprechstunde
4	AM07 - Privatambulanz	Viszeralchirurgische Indikationssprechstunde
5	AM07 - Privatambulanz	Gefäßchirurgische Indikationssprechstunde

B-[1500-KYVIS].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[1500-KYVIS].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[1500-KYVIS].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	17
2	5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	16
3	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	12
4	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	12
5	5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	9
6	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	8
7	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	6
8	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
9	5-787.g3	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Humerus distal	< 4
10	5-787.65	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Radiuschaft	< 4
11	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
12	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
13	5-787.g6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radius distal	< 4
14	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
15	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
16	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	< 4
17	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
18	5-530.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
19	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	< 4
20	5-787.0a	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Karpale	< 4
21	5-530.02	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung	< 4
22	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
23	5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	< 4
24	5-530.02	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung	< 4
25	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	< 4
26	5-850.63	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Unterarm	< 4
27	5-850.68	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Oberschenkel und Knie	< 4
28	5-894.1a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	< 4
29	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
30	5-787.6g	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Femurschaft	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	36
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	32
3	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	20
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	11
5	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	5
6	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4

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

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,4	Fälle je VK/Person	160,7438
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,56	Stationär	4,84
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		3,69	Fälle je VK/Person	240,866867
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,46	Stationär	3,23

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
 - 2 AQ13 - Viszeralchirurgie
 - 3 AQ07 - Gefäßchirurgie
 - 4 AQ54 - Radiologie
Kooperation
 - 5 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
Kooperation

B-[1500-KYVIS].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

B-[1500-KYVIS].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		5,91	Fälle je VK/Person	131,6413
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,91

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

Gesamt		1,95	Fälle je VK/Person	398,974365
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,95

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,42	Fälle je VK/Person	1852,381
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,42

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

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 3 PQ13 - Hygienefachkraft
- 4 PQ20 - Praxisanleitung
- 5 PQ12 - Notfallpflege
- 6 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

Zusatzqualifikation

- 1 ZP14 - Schmerzmanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement

B-[1500-KYVIS].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2200-KYUROBEL] Zentrum für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Belegabteilung Urologie

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Belegabteilung Urologie

B-[2200-KYUROBEL].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

B-[2200-KYUROBEL].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Urologie (Belegabteilung)
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Wick
Telefon	033971 64 2710
Fax	033971 64 2711
E-Mail	Kyritz@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31 a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2200-KYUROBEL].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
 - 2 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
 - 3 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
 - 4 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
 - 5 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
 - 6 VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
 - 7 VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
 - 8 VU08 - Kinderurologie
 - 9 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
 - 10 VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
 - 11 VU13 - Tumorchirurgie
 - 12 VU14 - Spezialsprechstunde

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

Vollstationäre Fallzahl	274
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200-KYUROBEL].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	69
2	N40	Prostatahyperplasie	40
3	N20	Nieren- und Ureterstein	26
4	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	21
5	N30	Zystitis	16
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	13
7	N43	Hydrozele und Spermatozele	11
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	10
9	R33	Harnverhaltung	7
10	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	7
11	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	6
12	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	5
13	N35	Harnröhrenstriktur	4
14	N45	Orchitis und Epididymitis	4
15	D41	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane	< 4
16	A48	Sonstige bakterielle Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	< 4
18	N02	Rezidivierende und persistierende Hämaturie	< 4
19	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	< 4
20	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	< 4
21	N21	Stein in den unteren Harnwegen	< 4
22	C60	Bösartige Neubildung des Penis	< 4
23	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	< 4
24	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	A41	Sonstige Sepsis	< 4
26	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
27	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	< 4
29	N50	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane	< 4
30	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[2200-KYUROBEL].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2200-KYUROBEL].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	190
2	8-147.y	Therapeutische Drainage von Harnorganen: N.n.bez.	180
3	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	54
4	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	43
5	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	41
6	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	34
7	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	33
8	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	33
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	32
10	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	31
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	29
12	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	27
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	25
14	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	21
15	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	20
16	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	17
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	12
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	12
19	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	10
20	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	9
21	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	9
22	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	8

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	8
24	5-611	Operation einer Hydrocele testis	7
25	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	7
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	6
27	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	6
28	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	6
29	5-983	Reoperation	6
30	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	5

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	235
2	8-147	Therapeutische Drainage von Harnorganen	180
3	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	47
4	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	43
5	5-572	Zystostomie	43
6	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	39
7	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	13
8	5-611	Operation einer Hydrocele testis	7
9	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	7
10	5-983	Reoperation	6
11	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	6
12	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	5
13	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	5
14	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	4
15	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	4
16	3-13d	Urographie	4
17	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	4

B-[2200-KYUROBEL].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2200-KYUROBEL].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	Dr. med. Michael Wick
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme

B-[2200-KYUROBEL].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[2200-KYUROBEL].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[2200-KYUROBEL].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	5
2	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	< 4
3	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	5

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

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

B-[2200-KYUROBEL].11 Personelle Ausstattung**B-[2200-KYUROBEL].11.1 Ärzte und Ärztinnen****Belegärztinnen und Belegärzte**

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	274
--------	---	--------------------	-----

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ60 - Urologie
- 2 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- Kooperation*
- 3 AQ54 - Radiologie
- Kooperation*

B-[2200-KYUROBEL].11.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[2200-KYUROBEL].11.2 Pflegepersonal**

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

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

Gesamt	1,59	Fälle je VK/Person	172,327042
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,59

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

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 3 PQ13 - Hygienefachkraft
- 4 PQ20 - Praxisanleitung
- 5 PQ12 - Notfallpflege
- 6 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP14 - Schmerzmanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement

B-[2200-KYUROBEL].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100-KYINN] Zentrum für Innere Medizin - Klinik für Innere Medizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Innere Medizin - Klinik für Innere Medizin

B-[0100-KYINN].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100-KYINN].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Zentrum für Innere Medizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Torsten Liebig
Telefon	033971 64 2242
Fax	033971 64 2241
E-Mail	T.Liebig@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str. 31
Hausnummer	31a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
7	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
8	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
9	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
10	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
11	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

Medizinische Leistungsangebote

- 12 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 13 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 14 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 15 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 16 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 17 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 18 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 19 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 20 VI20 - Intensivmedizin
- 21 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
- 22 VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
- 23 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 24 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 25 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 26 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 27 VI35 - Endoskopie
- 28 VI38 - Palliativmedizin
- 29 VI39 - Physikalische Therapie
- 30 VI40 - Schmerztherapie
- 31 VI42 - Transfusionsmedizin
- 32 VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- 33 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 34 VR41 - Interventionelle Radiologie
- 35 VR44 - Teleradiologie
- 36 VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
- 37 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 38 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 39 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 40 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 41 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 42 VR04 - Duplexsonographie
- 43 VR06 - Endosonographie
- 44 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
- 45 VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
- 46 VN24 - Stroke Unit

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

Vollstationäre Fallzahl	2482
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100-KYINN].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	130
2	E86	Volumenmangel	118
3	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	66
4	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	61
5	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	54
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	54
7	K29.1	Sonstige akute Gastritis	54
8	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	47
9	R55	Synkope und Kollaps	45
10	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	41
11	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	40
12	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	38
13	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	35
14	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	33
15	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	32
16	A46	Erysipel [Wundrose]	30
17	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	28
18	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	26
19	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	24
20	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	21
21	R42	Schwindel und Taumel	21
22	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	21
23	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	20
24	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	19
25	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung	18
26	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	18
27	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	17
28	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	17
29	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	17
30	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	16

B-[0100-KYINN].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	186
2	E86	Volumenmangel	118
3	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	93
4	K29	Gastritis und Duodenitis	92
5	K80	Cholelithiasis	81
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	80
7	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	69
8	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	68
9	I11	Hypertensive Herzkrankheit	66
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	54
11	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	47
12	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	47
13	R55	Synkope und Kollaps	45
14	D50	Eisenmangelanämie	44
15	K85	Akute Pankreatitis	42
16	R07	Hals- und Brustschmerzen	40
17	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	35
18	N17	Akutes Nierenversagen	33
19	A46	Erysipel [Wundrose]	30
20	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	28
21	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	28
22	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	28
23	K57	Divertikulose des Darmes	28
24	I95	Hypotonie	28
25	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	26
26	J20	Akute Bronchitis	25
27	I63	Hirnfarkt	23
28	R42	Schwindel und Taumel	21
29	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	21
30	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	21

B-[0100-KYINN].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[0100-KYINN].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	564
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	387
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	327
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	279
5	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	109
6	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	103
7	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	101
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	70

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
9	5-469	Andere Operationen am Darm	52
10	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	45
11	1-654	Diagnostische Rektoskopie	28
12	5-511	Cholezystektomie	26
13	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	24
14	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	20
15	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	20
16	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	17
17	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	15
18	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	14
19	8-854	Hämodialyse	14
20	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	13
21	5-449	Andere Operationen am Magen	12
22	8-900	Intravenöse Anästhesie	12
23	3-058	Endosonographie des Rektums	11
24	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	11
25	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	11
26	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	11
27	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	11
28	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	10
29	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	9
30	3-053	Endosonographie des Magens	9

B-[0100-KYINN].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-KYINN].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	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)	Gastroenterologische Sprechstunde
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
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)	Sonographische Untersuchungen
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)	Koloproktologische Ambulanz, Vorsorgekoloskopien

B-[0100-KYINN].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[0100-KYINN].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[0100-KYINN].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	1215
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
2	5-452.61	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	229
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	221
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	118
5	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	73
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
6	5-452.62	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	39
7	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	17
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
8	5-452.63	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	11
9	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	11
10	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	10
11	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	< 4
12	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	< 4
13	5-489.e	Andere Operation am Rektum: Endoskopische Injektion	< 4
14	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	< 4
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
15	5-452.b1	Exzision, endoskopisch, motorisierte Spiral-Endoskopie: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4
16	5-489.d	Andere Operation am Rektum: Endoskopisches Clippen	< 4
17	5-482.01	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch	< 4

B-[0100-KYINN].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	1343
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	294
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	280
4	5-469	Andere Operationen am Darm	28

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

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

B-[0100-KYINN].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-KYINN].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	10,72	Fälle je VK/Person	294,774353
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	8,42

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,48	Fälle je VK/Person	832,8859
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	2,98

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
3	AQ42 - Neurologie
	<i>Kooperation und interdisziplinär</i>
4	AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	<i>Kooperation</i>
5	AQ56 - Radiologie, SP Neuroradiologie
	<i>Kooperation</i>
6	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
	<i>Kooperation</i>

B-[0100-KYINN].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF07 - Diabetologie
2	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF34 - Proktologie
5	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
6	ZF30 - Palliativmedizin

B-[0100-KYINN].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		17,55	Fälle je VK/Person	141,424515
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,55
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,92	Fälle je VK/Person	2697,826
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,92
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		1,25	Fälle je VK/Person	1985,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,25

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

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 3 PQ18 - Pflege in der Endoskopie
- 4 PQ13 - Hygienefachkraft
- 5 PQ20 - Praxisanleitung
- 6 PQ12 - Notfallpflege
- 7 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

Zusatzqualifikation

- 1 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 2 ZP14 - Schmerzmanagement
- 3 ZP20 - Palliative Care
- 4 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 5 ZP02 - Bobath
- 6 ZP16 - Wundmanagement

B-[0100-KYINN].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100-KYINR] Zentrum für Innere Medizin - Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Innere Medizin - Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie

B-[0100-KYINR].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100-KYINR].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Zentrum für Innere Medizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Torsten Liebig
Telefon	033971 64 2242
Fax	033971 64 2241
E-Mail	T.Liebig@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ltd. Arzt der Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Weigelt
Telefon	033971 64 2257
Fax	033971 64 2251
E-Mail	M.Weigelt@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 2 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 3 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 4 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 5 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 6 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 7 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 8 VI27 - Spezialsprechstunde
- 9 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 10 VI39 - Physikalische Therapie

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

Vollstationäre Fallzahl	462
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100-KYINR].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M05.80	Sonstige seropositive chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen	50
2	M35.3	Polymyalgia rheumatica	40
3	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	26
4	L40.5	Psoriasis-Arthropathie	18
5	M05.84	Sonstige seropositive chronische Polyarthrit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	15
6	M15.8	Sonstige Polyarthrose	13
7	M06.80	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen	10
8	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	9
9	M06.00	Seronegative chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen	8
10	M10.00	Idiopathische Gicht: Mehrere Lokalisationen	6
11	M54.4	Lumboischialgie	6
12	M31.6	Sonstige Riesenzellerarthritis	5
13	M10.04	Idiopathische Gicht: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	5
14	M79.10	Myalgie: Mehrere Lokalisationen	5
15	M13.16	Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
16	D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	5
17	M79.80	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Weichteilgewebes: Mehrere Lokalisationen	5
18	M25.50	Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen	5
19	M46.1	Sacroiliitis, anderenorts nicht klassifiziert	4
20	M10.07	Idiopathische Gicht: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	4
21	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	4
22	M10.06	Idiopathische Gicht: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	4
23	M12.30	Palindromer Rheumatismus: Mehrere Lokalisationen	4
24	F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	< 4
25	M31.3	Wegener-Granulomatose	< 4
26	M54.80	Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	< 4
27	M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	< 4
28	M13.80	Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Mehrere Lokalisationen	< 4
29	M34.1	CR(E)ST-Syndrom	< 4
30	M06.86	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4

B-[0100-KYINR].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	70
2	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	49
3	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	40
4	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	28
5	L40	Psoriasis	20
6	M10	Gicht	20
7	M15	Polyarthrose	18
8	M13	Sonstige Arthritis	16
9	M54	Rückenschmerzen	11
10	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	10
11	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	9
12	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	9
13	F45	Somatoforme Störungen	7
14	D86	Sarkoidose	7
15	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	6
16	M45	Spondylitis ankylosans	6
17	M32	Systemischer Lupus erythematoses	6
18	M19	Sonstige Arthrose	6
19	M34	Systemische Sklerose	6
20	M02	Reaktive Arthritiden	5
21	M12	Sonstige näher bezeichnete Arthropathien	5
22	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	4
23	G62	Sonstige Polyneuropathien	4
24	L93	Lupus erythematoses	< 4
25	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
26	M30	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände	< 4
27	A48	Sonstige bakterielle Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
29	M65	Synovitis und Tenosynovitis	< 4
30	B02	Zoster [Herpes zoster]	< 4

B-[0100-KYINR].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100-KYINR].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	67
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	46
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	41
4	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	35
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	33
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	31
7	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	27
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	27
9	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	20
10	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	18
11	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	17
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	16
13	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	11
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	10
15	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	9
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	9
17	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	8
18	3-202	Native Computertomographie des Thorax	8
19	6-001.d2	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 40 mg bis unter 80 mg	8
20	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	8
21	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	6
22	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	5
23	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	5
24	8-900	Intravenöse Anästhesie	5
25	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	4
26	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4
27	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	4
28	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	4
29	6-001.h8	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 950 mg bis unter 1.050 mg	< 4
30	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	46
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	35
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	28
4	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	21
5	8-020	Therapeutische Injektion	19
6	8-547	Andere Immuntherapie	9
7	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	7
8	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	4

B-[0100-KYINR].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[0100-KYINR].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Rheumatologische Sprechstunde
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme

B-[0100-KYINR].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[0100-KYINR].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[0100-KYINR].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[0100-KYINR].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[0100-KYINR].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[0100-KYINR].11 Personelle Ausstattung**B-[0100-KYINR].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,94	Fälle je VK/Person	238,144318
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,94
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		1,86	Fälle je VK/Person	248,387085
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,86

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ31 - Innere Medizin und Rheumatologie
- 2 AQ23 - Innere Medizin
- 3 AQ54 - Radiologie
- Kooperation*
- 4 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- Kooperation*

B-[0100-KYINR].11.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[0100-KYINR].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		3,06	Fälle je VK/Person	150,9804
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,06

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

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ13 - Hygienefachkraft
- 3 PQ20 - Praxisanleitung
- 4 PQ12 - Notfallpflege
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

Zusatzqualifikation

- 1 ZP14 - Schmerzmanagement
- 2 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 3 ZP02 - Bobath
- 4 ZP16 - Wundmanagement

B-[0100-KYINR].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600-KYANÄ] Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin KY

B-[3600-KYANÄ].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin KY

B-[3600-KYANÄ].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

B-[3600-KYANÄ].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jörg Schuck M.A.
Telefon	033971 64 2262
Fax	033971 64 2261
E-Mail	J.Schuck@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[3600-KYANÄ].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-KYANÄ].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VA00 - („Sonstiges“): Notfallmedizin, Intensivmedizin, Transfusionsmedizin

B-[3600-KYANÄ].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600-KYANÄ].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**B-[3600-KYANÄ].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[3600-KYANÄ].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS****B-[3600-KYANÄ].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3600-KYANÄ].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[3600-KYANÄ].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a	
1	Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schmerzsprechstunde
2	AM07 - Privatambulanz	Anästhesiesprechstunde
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme

B-[3600-KYANÄ].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[3600-KYANÄ].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[3600-KYANÄ].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3600-KYANÄ].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3600-KYANÄ].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[3600-KYANÄ].11 Personelle Ausstattung**B-[3600-KYANÄ].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	9,52	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0,04
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	8,19
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	8,54	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	7,3

B-[3600-KYANÄ].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ01 - Anästhesiologie
- 2 AQ54 - Radiologie
- Kooperation*
- 3 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- Kooperation*
- 4 AQ42 - Neurologie
- Kooperation und interdisziplinär*

B-[3600-KYANÄ].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF15 - Intensivmedizin
- 2 ZF28 - Notfallmedizin
- 3 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[3600-KYANÄ].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	19,39	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	19,39

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,08	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	0,08

B-[3600-KYANÄ].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 PQ13 - Hygienefachkraft
- 5 PQ20 - Praxisanleitung
- 6 PQ12 - Notfallpflege
- 7 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3600-KYANÄ].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP14 - Schmerzmanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP02 - Bobath

B-[3600-KYANÄ].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2300] Tagesklinik für Schmerztherapie

B-[2300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Tagesklinik für Schmerztherapie

B-[2300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2390 - Orthopädie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (II)

B-[2300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Arzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Lutz Krüger
Telefon	033971 64 5859
Fax	033971 64 5869
E-Mail	kyritz-schmerztagesklinik@kmg-kliniken.de
Strasse	Perleberger Str.
Hausnummer	31 a
PLZ	16866
Ort	Kyritz
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- | | |
|---|--|
| # | Medizinische Leistungsangebote
VX00 - („Sonstiges“) |
| 1 | <i>Fachspezifische orthopädische/schmerztherapeutische und psychologische Diagnostik, fachspezifische physio-/ergotherapeutische Befunderhebung, Psychologische psychotherapeutische Begleittherapie entsprechend bio-psycho-sozialer Schmerzverarbeitung, spezifische analgetische Therapieformen</i>
VX00 - („Sonstiges“) |
| 2 | <i>kreativ-therapeutischen Verfahren, Entspannungstraining, Atem- und Achtsamkeitsübungen, spezifische ergotherapeutische Maßnahmen, spezifische aktive und passive physiotherapeutische Maßnahmen, Ernährungsberatung mit Therapieküche</i> |

B-[2300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	49
Teilstationäre Fallzahl	49

B-[2300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	13
2	M54.4	Lumboischialgie	6
3	M54.80	Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	4
4	M79.61	Schmerzen in den Extremitäten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
5	M45.00	Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	< 4
6	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	< 4
7	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
8	M79.60	Schmerzen in den Extremitäten: Mehrere Lokalisationen	< 4
9	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	< 4
10	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	< 4
11	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	< 4
12	Q66.6	Sonstige angeborene Valgusdeformitäten der Füße	< 4
13	E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	< 4
14	M19.21	Sonstige sekundäre Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
15	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	< 4
16	G97.88	Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen	< 4
17	G50.1	Atypischer Gesichtsschmerz	< 4
18	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	< 4
19	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	< 4
20	M54.2	Zervikalneuralgie	< 4
21	M54.5	Kreuzschmerz	< 4
22	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	< 4
23	M53.3	Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	M54.10	Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	< 4

B-[2300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	15
2	F45	Somatoforme Störungen	13
3	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	6
4	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
5	M45	Spondylitis ankylosans	< 4
6	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
7	G97	Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
8	G62	Sonstige Polyneuropathien	< 4
9	N80	Endometriose	< 4
10	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
11	M48	Sonstige Spondylopathien	< 4
12	M19	Sonstige Arthrose	< 4
13	M75	Schulterläsionen	< 4
14	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
15	G50	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	< 4

B-[2300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie:	
1	8-91c.21	Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	280
		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende	
2	8-91c.11	Behandlung: Drei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	128
3	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	96
		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung:	
4	8-91c.01	Zwei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	71
		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende	
5	8-91c.12	Behandlung: Drei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	46
		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie:	
6	8-91c.22	Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	37
		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung:	
7	8-91c.00	Zwei übende oder sonstige Verfahren	34
		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung:	
8	8-91c.02	Zwei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	31
		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende	
9	8-91c.10	Behandlung: Drei übende oder sonstige Verfahren	13
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	10
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	7
12	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	7
13	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	7
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	6
15	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie:	
17	8-91c.20	Intensivbehandlung: Vier oder mehr übende oder sonstige Verfahren	< 4
18	3-200	Native Computertomographie des Schädels	< 4
19	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	< 4
20	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4

21	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
----	-------	---	-----

B-[2300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	642
2	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	96
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	32
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	7
5	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
7	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	< 4
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	< 4

B-[2300].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[2300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2300].11 Personelle Ausstattung

B-[2300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	49
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		1	Fälle je VK/Person	49
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[2300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ01 - Anästhesiologie
 - 2 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[2300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	98
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,91	Fälle je VK/Person	53,84615
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,91

B-[2300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
 - 2 PQ13 - Hygienefachkraft
 - 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
 - 4 PQ20 - Praxisanleitung

B-[2300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[2300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur

Fallzahl	15
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	15

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	77
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	77

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	274
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	274

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	263
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	263

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	11
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	11

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	169
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	169

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	161
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	161

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	9
----------	---

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	9

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	133
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	133

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
	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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%

Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,13 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	130

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 können unter folgendem Link entnommen werden: <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/>.

Einheit

%

Bundesergebnis

99,05

Vertrauensbereich bundesweit

99,02 - 99,09

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,11 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	129

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 - 98,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232000_2005
--------------------	--------------------

Leistungsbereich	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 können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,86 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	89
Beobachtete Ereignisse	89

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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung 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
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,82 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	88
Beobachtete Ereignisse	88

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 - 98,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

7. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	96,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,42 - 98,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	79
Beobachtete Ereignisse	76
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

8. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID

232003_2009

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

2009

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

92,65

Vertrauensbereich bundesweit

92,52 - 92,78

Rechnerisches Ergebnis

96,59

Vertrauensbereich Krankenhaus

90,45 - 98,83

Fallzahl

Grundgesamtheit

88

Beobachtete Ereignisse

85

9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Ergebnis-ID

2013

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

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. Dies zieht

Fachlicher Hinweis IQTIG

üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	94,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,91 - 97,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	70
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

10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
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	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 - 93,31
Rechnerisches Ergebnis	94,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,63 - 98,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	50

11. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.

Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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-

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 - 96,02
Rechnerisches Ergebnis	97,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,93 - 99,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	105
Beobachtete Ereignisse	102
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

12. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232005_2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028

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

Einheit	%
Bundesergebnis	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51

Rechnerisches Ergebnis	95,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,60 - 98,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	70

13. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Ergebnis-ID	2036
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 können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,37 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	102
Beobachtete Ereignisse	102

14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232006_2036
--------------------	--------------------

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,80 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	70

15. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 1,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,91 (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. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 0,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	116
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	12,19
17. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde	

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
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 1,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

18. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle

Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	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 können unter folgendem Link entnommen werden: 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/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	16,84
Vertrauensbereich bundesweit	16,67 - 17,01
Rechnerisches Ergebnis	10,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,41 - 18,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	89
Beobachtete Ereignisse	9

19. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten 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 können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 - 18,43
Rechnerisches Ergebnis	12,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,72 - 19,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	16

20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / 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

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
Rechnerisches Ergebnis	99,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,74 - 99,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	128
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

21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	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 können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	98,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,84 - 99,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	88
Beobachtete Ereignisse	87

22. 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

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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,36 - 0,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6663
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	33,48
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

23. 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 können unter folgendem Link entnommen werden: <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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 0,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6663
Beobachtete Ereignisse	13

24. 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 können unter folgendem Link entnommen werden: 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	0,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6663
Beobachtete Ereignisse	6

25. 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6663
Beobachtete Ereignisse	0

26. 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) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6663
Beobachtete Ereignisse	0

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

27. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID

51906

Leistungsbereich

GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir->

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>. 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 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/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 285,26
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

28. 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

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>. 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 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 5,00 %

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>. 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 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

31. 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 können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	13,49
Vertrauensbereich bundesweit	12,39 - 14,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

32. 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
	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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfragebogen vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
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

33. 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
	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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stimmungsfragebogens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	19,31
Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. 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
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. 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
	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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,15
Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	99,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,25 - 99,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	261
Beobachtete Ereignisse	259
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

37. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54002
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 - 92,23
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,57 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	17
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Rechnerisches Ergebnis	14,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,92 - 32,48

Fallzahl

Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden**Ergebnis-ID****54004**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 - 97,04
Rechnerisches Ergebnis	96,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,11 - 98,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	224
Beobachtete Ereignisse	216
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

40. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,47 - 3,41
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,44 - 8,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit

%

Bundesergebnis

4,53

Vertrauensbereich bundesweit

4,37 - 4,69

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 11,63 % (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

44. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID**54019**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,27
Vertrauensbereich bundesweit	2,21 - 2,34
Rechnerisches Ergebnis	3,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,09 - 6,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	261
Beobachtete Ereignisse	10
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 8,01 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,90
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

eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

191800_54120

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

KKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

54120

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis

1,05

Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,90

47. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 191801_54120

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,96
Fallzahl	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,06

48. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,80 - 2,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	285
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	5,92
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.

Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	204
Beobachtete Ereignisse	0
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

50. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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 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	

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <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 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/>.

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	3,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,04 - 7,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

51. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 0,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	9,83
Vertrauensbereich bundesweit	9,60 - 10,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
53. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
Ergebnis-ID	54050
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	97,35
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,48
Rechnerisches Ergebnis	95,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,20 - 99,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	21
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
54. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

QI

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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

1,02

1,00 - 1,04

0,80

0,28 - 1,96

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

55. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,89
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,00

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 6,35 % (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

56. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID**54042**

Leistungsbereich

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmabgabeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 3,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (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. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
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 Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

	Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/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 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/.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 5,54
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
58. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,12
Vertrauensbereich bundesweit	98,05 - 98,18
Rechnerisches Ergebnis	98,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,58 - 99,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	159
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

59. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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. Dies zieht

Fachlicher Hinweis IQTIG

üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12
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

60. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54022
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 - 92,89
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,12 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54123
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54124
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/>.

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	178
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,93
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,19 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf

Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können 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/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
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	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig

Ergebnis-ID**54128**

Leistungsbereich

KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

99,80

Vertrauensbereich bundesweit

99,78 - 99,82

Rechnerisches Ergebnis

99,55

Vertrauensbereich Krankenhaus

97,61 - 99,98

Fallzahl

Grundgesamtheit

223

Beobachtete Ereignisse

222

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

>= 98,81 % (5. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich

Ergebnis-ID**56000**

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	64,25
Vertrauensbereich bundesweit	64,05 - 64,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Ergebnis-ID	56001
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	27,91
Vertrauensbereich bundesweit	27,71 - 28,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 41,48 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. 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

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich bundesweit	75,91 - 76,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 67,57 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,54 - 2,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,98 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	2,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 12,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 1,65$ (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (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
	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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (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	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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,90

Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
------------------------------	-------------

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,50 (95. Perzentil)
-----------------	-------------------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	
--	--

Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
------------------	----------------------------------

75. Die 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.

Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG	
--------------------------	--

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	0,21
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
------------------------------	-------------

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
------------------------	-------------

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
----------------------	-------------

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)
-----------------	---------------------------

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
---	-------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	
--	--

Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
------------------	----------------------------------

76. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	56009
--------------------	--------------

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
77. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde	
Ergebnis-ID	56010
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	17,16
Vertrauensbereich bundesweit	16,68 - 17,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 21,93 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde**Ergebnis-ID****56011**

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.
Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	9,88
Vertrauensbereich bundesweit	9,77 - 10,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. 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
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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/

Einheit	%
Bundesergebnis	94,29
Vertrauensbereich bundesweit	94,05 - 94,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 93,65 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

Ergebnis-ID

56016

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

95,31

Vertrauensbereich bundesweit

95,23 - 95,39

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

>= 93,95 % (5. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

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 keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge	163
-----------------	-----

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	163
Erreichte Leistungs menge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	180
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	40
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	31
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	31

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		91,67 %
1	Intensivmedizin - Intensivstation (interdisziplinär) - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 10
		91,67 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (interdisziplinär) - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 9
		91,67 %
3	Innere Medizin, Kardiologie - KY Station A - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 10
		100 %
4	Innere Medizin, Kardiologie - KY Station A - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 1
		58,33 %
5	Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station B - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 10
		100 %
6	Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station B - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 8
		91,67 %
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - KY Station C - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 10
		100 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - KY Station C - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 1
		100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station IMC (interdisziplinär) - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 10
		100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station IMC (interdisziplinär) - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 10

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation (interdisziplinär) - Tagschicht	63,84 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (interdisziplinär) - Nachtschicht	86,03 %
3	Innere Medizin, Kardiologie - KY Station A - Tagschicht	71,51 %
4	Innere Medizin, Kardiologie - KY Station A - Nachtschicht	99,73 %
5	Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station B - Tagschicht	63,29 %
6	Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station B - Nachtschicht	89,86 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - KY Station C - Tagschicht	75,34 %
8	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - KY Station C - Nachtschicht	99,45 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station IMC (interdisziplinär) - Tagschicht	99,64 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station IMC (interdisziplinär) - Nachtschicht	96,89 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltsszahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein