

KMG:Klinikum Nordbrandenburg

Standort Kyritz



Strukturierter Qualitätsbericht 2024

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



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	15
Einleitung	17
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	19
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	19
A-1.1 Kontaktdaten des Standorts	19
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	19
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	21
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	21
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	22
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	23
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	24
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	24
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	24
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	25
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	25
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	25
A-9 Anzahl der Betten	25
A-10 Gesamtfallzahlen	25
A-11 Personal des Krankenhauses	26
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	26
A-11.2 Pflegepersonal	26
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	27
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	28

A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	29
A-12.1	Qualitätsmanagement	29
A-12.1.1	Verantwortliche Person	29
A-12.1.2	Lenkungsgremium	29
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	29
A-12.2.1	Verantwortliche Person	29
A-12.2.2	Lenkungsgremium	29
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	29
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	31
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	31
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	32
A-12.3.1	Hygienepersonal	32
A-12.3.1.1	Hygienekommission	32
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	32
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassozierter Infektionen	32
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	33
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	34
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	34
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	35
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	35
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	36
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	36
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	37
A-12.5.2	Verantwortliche Person	37
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	37

A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	37
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	38
A-13	Besondere apparative Ausstattung	39
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	39
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	39
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	40
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	40
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	40
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	41
B-[1500-KYTRA01]	Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum - Klinik für Unfall- und Handchirurgie	41
B-[1500-KYTRA01].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[1500-KYTRA01].1.1	Fachabteilungsschlüssel	41
B-[1500-KYTRA01].1.2	Ärztliche Leitung	41
B-[1500-KYTRA01].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	42
B-[1500-KYTRA01].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[1500-KYTRA01].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[1500-KYTRA01].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	44
B-[1500-KYTRA01].6.2	Kompetenzdiagnosen	44
B-[1500-KYTRA01].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	45
B-[1500-KYTRA01].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	46
B-[1500-KYTRA01].7.2	Kompetenzprozeduren	47
B-[1500-KYTRA01].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	47
B-[1500-KYTRA01].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	47
B-[1500-KYTRA01].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	47

B-[1500-KYTRA01].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	47
B-[1500-KYTRA01].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	49
B-[1500-KYTRA01].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	49
B-[1500-KYTRA01].11	Personelle Ausstattung	50
B-[1500-KYTRA01].11.1	Ärzte und Ärztinnen	50
B-[1500-KYTRA01].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	50
B-[1500-KYTRA01].11.1.2	Zusatzweiterbildung	50
B-[1500-KYTRA01].11.2	Pflegepersonal	51
B-[1500-KYTRA01].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	52
B-[1500-KYTRA01].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	52
B-[1500-KYTRA01].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	52
B-[2300-KYORT01]	Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum - Klinik für Orthopädie	53
B-[2300-KYORT01].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-[2300-KYORT01].1.1	Fachabteilungsschlüssel	53
B-[2300-KYORT01].1.2	Ärztliche Leitung	53
B-[2300-KYORT01].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	53
B-[2300-KYORT01].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	54
B-[2300-KYORT01].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-[2300-KYORT01].6	Hauptdiagnosen nach ICD	55
B-[2300-KYORT01].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	56
B-[2300-KYORT01].6.2	Kompetenzdiagnosen	56
B-[2300-KYORT01].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	57
B-[2300-KYORT01].7.2	Kompetenzprozeduren	57
B-[2300-KYORT01].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	58

B-[2300-KYORT01].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	58
B-[2300-KYORT01].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	58
B-[2300-KYORT01].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	58
B-[2300-KYORT01].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	59
B-[2300-KYORT01].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	59
B-[2300-KYORT01].11	Personelle Ausstattung	60
B-[2300-KYORT01].11.1	Ärzte und Ärztinnen	60
B-[2300-KYORT01].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	60
B-[2300-KYORT01].11.1.2	Zusatzweiterbildung	60
B-[2300-KYORT01].11.2	Pflegepersonal	61
B-[2300-KYORT01].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	61
B-[2300-KYORT01].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	61
B-[2300-KYORT01].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	61
B-[1500-KYVIS]	Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie	62
B-[1500-KYVIS].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[1500-KYVIS].1.1	Fachabteilungsschlüssel	62
B-[1500-KYVIS].1.2	Ärztliche Leitung	62
B-[1500-KYVIS].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	62
B-[1500-KYVIS].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	63
B-[1500-KYVIS].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	63
B-[1500-KYVIS].6	Hauptdiagnosen nach ICD	64
B-[1500-KYVIS].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	65
B-[1500-KYVIS].6.2	Kompetenzdiagnosen	65
B-[1500-KYVIS].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	65
B-[1500-KYVIS].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	67

B-[1500-KYVIS].7.2	Kompetenzprozeduren	67
B-[1500-KYVIS].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	67
B-[1500-KYVIS].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	68
B-[1500-KYVIS].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	68
B-[1500-KYVIS].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	68
B-[1500-KYVIS].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	69
B-[1500-KYVIS].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	69
B-[1500-KYVIS].11	Personelle Ausstattung	70
B-[1500-KYVIS].11.1	Ärzte und Ärztinnen	70
B-[1500-KYVIS].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	70
B-[1500-KYVIS].11.1.2	Zusatzweiterbildung	70
B-[1500-KYVIS].11.2	Pflegepersonal	70
B-[1500-KYVIS].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	71
B-[1500-KYVIS].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	71
B-[1500-KYVIS].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	71
B-[2200-KYUROBEL]	Belegabteilung für Urologie	72
B-[2200-KYUROBEL].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-[2200-KYUROBEL].1.1	Fachabteilungsschlüssel	72
B-[2200-KYUROBEL].1.2	Ärztliche Leitung	72
B-[2200-KYUROBEL].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	72
B-[2200-KYUROBEL].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	73
B-[2200-KYUROBEL].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-[2200-KYUROBEL].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	74
B-[2200-KYUROBEL].6.2	Kompetenzdiagnosen	74
B-[2200-KYUROBEL].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	75

B-[2200-KYUROBEL].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	76
B-[2200-KYUROBEL].7.2	Kompetenzprozeduren	77
B-[2200-KYUROBEL].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	77
B-[2200-KYUROBEL].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	77
B-[2200-KYUROBEL].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	77
B-[2200-KYUROBEL].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	77
B-[2200-KYUROBEL].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	77
B-[2200-KYUROBEL].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	77
B-[2200-KYUROBEL].11	Personelle Ausstattung	78
B-[2200-KYUROBEL].11.1	Ärzte und Ärztinnen	78
B-[2200-KYUROBEL].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	78
B-[2200-KYUROBEL].11.1.2	Zusatzweiterbildung	78
B-[2200-KYUROBEL].11.2	Pflegepersonal	78
B-[2200-KYUROBEL].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	78
B-[2200-KYUROBEL].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	78
B-[2200-KYUROBEL].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	79
B-[0100-KYINN]	Zentrum für Innere Medizin - Klinik für Innere Medizin	80
B-[0100-KYINN].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	80
B-[0100-KYINN].1.1	Fachabteilungsschlüssel	80
B-[0100-KYINN].1.2	Ärztliche Leitung	80
B-[0100-KYINN].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	80
B-[0100-KYINN].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	80
B-[0100-KYINN].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	81
B-[0100-KYINN].6	Hauptdiagnosen nach ICD	82
B-[0100-KYINN].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	83

B-[0100-KYINN].6.2	Kompetenzdiagnosen	83
B-[0100-KYINN].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	84
B-[0100-KYINN].7.2	Kompetenzprozeduren	84
B-[0100-KYINN].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	85
B-[0100-KYINN].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	85
B-[0100-KYINN].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	85
B-[0100-KYINN].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	85
B-[0100-KYINN].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	85
B-[0100-KYINN].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-[0100-KYINN].11	Personelle Ausstattung	86
B-[0100-KYINN].11.1	Ärzte und Ärztinnen	86
B-[0100-KYINN].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	86
B-[0100-KYINN].11.1.2	Zusatzweiterbildung	86
B-[0100-KYINN].11.2	Pflegepersonal	87
B-[0100-KYINN].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	88
B-[0100-KYINN].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	88
B-[0100-KYINN].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	88
B-[0100-KYINR]	Zentrum für Innere Medizin - Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie	89
B-[0100-KYINR].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-[0100-KYINR].1.1	Fachabteilungsschlüssel	89
B-[0100-KYINR].1.2	Ärztliche Leitung	89
B-[0100-KYINR].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	89
B-[0100-KYINR].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	90
B-[0100-KYINR].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	90

B-[0100-KYINR].6	Hauptdiagnosen nach ICD	91
B-[0100-KYINR].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	92
B-[0100-KYINR].6.2	Kompetenzdiagnosen	92
B-[0100-KYINR].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-[0100-KYINR].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	94
B-[0100-KYINR].7.2	Kompetenzprozeduren	94
B-[0100-KYINR].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	94
B-[0100-KYINR].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	95
B-[0100-KYINR].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	95
B-[0100-KYINR].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	95
B-[0100-KYINR].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	95
B-[0100-KYINR].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-[0100-KYINR].11	Personelle Ausstattung	95
B-[0100-KYINR].11.1	Ärzte und Ärztinnen	95
B-[0100-KYINR].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	95
B-[0100-KYINR].11.1.2	Zusatzweiterbildung	95
B-[0100-KYINR].11.2	Pflegepersonal	96
B-[0100-KYINR].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	96
B-[0100-KYINR].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	96
B-[0100-KYINR].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	96
B-[3600-KYANÄ]	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin KY	97
B-[3600-KYANÄ].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	97
B-[3600-KYANÄ].1.1	Fachabteilungsschlüssel	97
B-[3600-KYANÄ].1.2	Ärztliche Leitung	97
B-[3600-KYANÄ].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	97

B-[3600-KYANÄ].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	97
B-[3600-KYANÄ].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	97
B-[3600-KYANÄ].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	98
B-[3600-KYANÄ].6.2	Kompetenzdiagnosen	98
B-[3600-KYANÄ].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	98
B-[3600-KYANÄ].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	98
B-[3600-KYANÄ].7.2	Kompetenzprozeduren	98
B-[3600-KYANÄ].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	98
B-[3600-KYANÄ].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	98
B-[3600-KYANÄ].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	98
B-[3600-KYANÄ].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	98
B-[3600-KYANÄ].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	98
B-[3600-KYANÄ].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	98
B-[3600-KYANÄ].11	Personelle Ausstattung	99
B-[3600-KYANÄ].11.1	Ärzte und Ärztinnen	99
B-[3600-KYANÄ].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	99
B-[3600-KYANÄ].11.1.2	Zusatzweiterbildung	99
B-[3600-KYANÄ].11.2	Pflegepersonal	99
B-[3600-KYANÄ].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	100
B-[3600-KYANÄ].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	100
B-[3600-KYANÄ].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	100
B-[2300]	Tagesklinik für Schmerztherapie	101
B-[2300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	101
B-[2300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	101
B-[2300].1.2	Ärztliche Leitung	101

B-[2300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	101
B-[2300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	101
B-[2300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	102
B-[2300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	102
B-[2300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	103
B-[2300].6.2	Kompetenzdiagnosen	103
B-[2300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	103
B-[2300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	104
B-[2300].7.2	Kompetenzprozeduren	104
B-[2300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	105
B-[2300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	105
B-[2300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	105
B-[2300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	105
B-[2300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	105
B-[2300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	105
B-[2300].11	Personelle Ausstattung	105
B-[2300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	105
B-[2300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	105
B-[2300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	105
B-[2300].11.2	Pflegepersonal	106
B-[2300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	106
B-[2300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	106
B-[2300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	106
C	Qualitätssicherung	107
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden	107

Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB
V

C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	107
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	110
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	110
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	166
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	166
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	166
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	166
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	166
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	166
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	167
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	167
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	167
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	167
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	168
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	168
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	169
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	169

C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	170
------	---	-------	-----

Vorwort

Die Medizin hat sich in den vergangenen 10 Jahren rasant weiterentwickelt und neue Versorgungsmöglichkeiten geschaffen, die sich in kürzeren Verweildauern in Krankenhäusern oder auch darin zeigen, dass viele medizinische Leistungen, die früher stationär erbracht werden mussten, heute ambulant durchgeführt werden können. Das führt zwangsläufig zu einer strukturellen Veränderung der Krankenhäuser.

Im vergangenen Jahr wurde die Krankenhausreform auf den Weg gebracht, die seit dem 1. Januar 2025 in Kraft getreten ist und nun nach und nach umgesetzt wird.

Im Sommer 2025 wurde darüber hinaus ein Referentenentwurf zum Krankenhaus-Anpassungsgesetz (KHAG) vorgelegt, den die neue Bundesregierung zum Nachjustieren des KHVVG auf den Weg bringen möchte.

Das KMG Klinikum Nordbrandenburg mit seinen drei Standorten Kyritz, Pritzwalk und Wittstock muss insbesondere vor dem Hintergrund der Krankenhausreform neu strukturiert werden mit der Folge, dass der Standort Wittstock schließen wird.

Betroffen von den Umstrukturierungsmaßnahmen ist dabei das gesamte KMG Klinikum Nordbrandenburg. Wir müssen jetzt handeln, damit das KMG Klinikum Nordbrandenburg in seiner Gesamtheit als bedeutsames und modernes Krankenhaus erhalten werden kann, in dem auch zukünftig Medizin auf hohem Qualitätsniveau angeboten werden kann, und in dem weiterhin Entwicklungsperspektiven geboten werden.

Standort Wittstock

Mit lediglich zwei Fachabteilungen aus dem Bereich der Inneren Medizin, nämlich der Kardiologie und der Gastroenterologie, hat der Standort Wittstock keine Zukunft mehr.

Klar ist aber auch, dass die Leistungen, die bislang am Standort Wittstock erbracht werden, unverzichtbar für die Menschen in der Region sind. Gemeinsam mit dem Land Brandenburg und den Krankenkassen haben wir uns daher angeschaut, wie diese beiden Fachabteilungen und damit die dahinterstehenden Leistungen für die Menschen in der Region gesichert werden können. Dies soll dadurch geschehen, dass sie innerhalb des KMG Klinikums Nordbrandenburg erhalten bleiben und an den Standort Pritzwalk verlegt werden sollen.

Dadurch entsteht in Pritzwalk ein Krankenhaus, das bestens aufgestellt ist, um langfristig die Versorgung der Menschen in der Region auf hohem Niveau sicherzustellen.

Gleichzeitig arbeiten wir daran, ein gutes medizinisches Ersatzangebot für Wittstock zu etablieren. Jedoch ist das nicht möglich ohne das Mitwirken aller Verantwortlichen einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigung, die den Versorgungsbedarf für eine Region beurteilt.

Standort Kyritz

Der Standort Kyritz benötigt ab dem 1. Januar 2027 eine geriatrische Klinik, um das breit aufgestellte und hoch spezialisierte Leistungsangebot auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie aufrecht erhalten zu können. Ohne den Umzug der Geriatrie von Pritzwalk nach Kyritz würde dort sukzessive ein Großteil dessen, was wir dort in den vergangenen Jahrzehnten aufgebaut haben, verloren gehen und Patient*innen würden hochspezialisierte Versorgungsmöglichkeiten verlieren.

Hintergrund ist, dass der vom Gesetzgeber beauftragte Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als höchstes Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen festgelegt hat, dass ab 2027 ältere Patient*innen mit einem Oberschenkelhalsbruch nur noch in Krankenhäusern versorgt werden sollen, die „täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung gewährleisten“.

Wenn wir bis dahin in Kyritz keine Geriatrie haben, kann dies nicht nur dazu führen, dass diese Patient*innen nicht mehr behandelt werden könnten, sondern auch dazu, dass aufgrund sinkender Fallzahlen etwa die Zertifizierung des Endoprothetikzentrums der Maximalversorgung nicht aufrechterhalten werden kann oder Weiterbildungsbefugnisse eingeschränkt werden könnten.

Die Ansiedelung der Geriatrie in Kyritz ist sinnvoll und erhöht sowohl die Behandlungsqualität als auch die Patientensicherheit. Denn die Klinik für Geriatrie ist auf die Behandlung älterer Patientinnen und Patienten spezialisiert. Gerade ältere Menschen kommen häufig mit Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, Osteoporose oder Demenz ins Krankenhaus. Die Behandlung dieser Krankheiten muss fortgesetzt werden, damit es zu keiner Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands kommt.

Standort Pritzwalk

Mit dem Umzug der Kardiologie und der Gastroenterologie von Wittstock nach Pritzwalk kann Pritzwalk den Status als Sicherstellungshaus und als Lokales Traumazentrum ebenso behalten wie die hochentwickelte Gefäßmedizin. So kann Pritzwalk als Krankenhausstandort insgesamt weiter bestehen und sich positiv weiterentwickeln.

Zum Hintergrund: Die Leistungen eines Krankenhauses werden zukünftig in Leistungsgruppen eingeteilt. Um eine Leistungsgruppe für eine bestimmte Fachdisziplin zu erhalten, müssen zahlreiche Voraussetzungen und Bedingungen erfüllt werden, die die Standorte, wie sie heute bestehen, vielfach nicht mehr erfüllen würden.

Welche Vorteile ergeben sich dadurch, dass kardiologische und gastroenterologische Patient*innen zukünftig in Pritzwalk mit seinem breiter aufgestellten Versorgungsangebot behandelt werden?

Bislang ist bei komplexen Fällen, die der Mitbehandlung durch einen anderen – zum Beispiel chirurgischen – Fachbereich bedürfen, eine Verlegung zwischen den Standorten Wittstock und Pritzwalk notwendig. Nun verkürzen sich die Wege, was in Notfällen mit schnellem Handlungsbedarf Leben retten kann und darüber hinaus mit mehr Patientenkomfort verbunden ist, weil die Behandlung an EINEM Ort durchgeführt werden kann.

Darüber hinaus eröffnet die Möglichkeit einer schnellen und übergreifenden Versorgung vor Ort ohne Transporte allen Bereichen die Möglichkeit, ihr Behandlungsspektrum zu erweitern. Es könnten dadurch mehr Patient*innen behandelt werden, weil zukünftig auch komplexere Erkrankungen wohnortnah medizinisch versorgt werden können, für die Patient*innen zurzeit noch größere Wege auf sich nehmen müssen.

Ohne Anschluss an eine umfassende Radiologie und auch ohne weitere Versorgungsmöglichkeiten durch fachübergreifende Kooperationen würden die Kardiologie und die Gastroenterologie in ihrer heutigen Form den Anschluss an die medizinische Entwicklung verlieren. Dadurch würden sie zunehmend uninteressant für den medizinischen Nachwuchs werden und die ärztliche Versorgung könnte mittelfristig nicht sichergestellt werden. Das hat nichts mit der Qualität der Arbeit der Kolleg*innen in Wittstock zu tun. Sowohl in Wittstock als auch in Pritzwalk wird hervorragende medizinische Qualität geboten.

Durch die Etablierung an einem Krankenhaus mit umfassenden fachübergreifenden Optionen zur Kooperation werden die Kardiologie und die Gastroenterologie weiterentwickelt. Somit entsteht in Pritzwalk ein Krankenhaus mit modernsten Versorgungsmöglichkeiten, die wir heute in dieser Form in der Region nicht haben. Und es entstehen attraktive Arbeitsplätze, die den Menschen eine langfristige Perspektive geben.

Einleitung

Drei Standorte – ein Klinikum. Wir bündeln unsere Kompetenzen so, dass wir Sie bestmöglich medizinisch versorgen können. Hier können Sie sich über das gesamte [Leistungsangebot Ihres KMG Klinikums Nordbrandenburg](#) informieren.

Das halten wir am Standort Kyritz für Sie bereit

Für Patient*innen und Medizinstudent*innen

Am Standort Kyritz verfügen wir 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 erfüllen wir die wichtige Funktion eines Akademischen Lehrkrankenhauses der Universitätsmedizin Greifswald.

Ihr Replantationszentrum in Brandenburg

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 Standortes.

Mit modernster Medizintechnik und erfahrenen Spezialist*innen für Sie im Einsatz

Wir verfügen über einen Computertomografen (CT) und einen Magnetresonanztomografen (MRT) der neuesten Generation. Durch die teleradiologische Anbindung unseres Standortes 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	Mike Grebarsche
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	M.Grebarsche@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

<https://kmg-kliniken.de/akutkliniken/kmg-klinikum-nordbrandenburg/standort-kyritz>

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	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
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-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	Mike Grebarsche
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	M.Grebarsche@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

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

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name	Christoph Hentschel

Telefon 03394 427 1000
Fax 03394 427 1002
E-Mail C.Hentschel@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

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

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztliche Direktorin - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon 03395 685 290
Fax 03395 685 291
E-Mail A.Bialojan@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name Dr. med. Volker Hitz
Telefon 03394 427 1100
Fax 03394 427 1102
E-Mail V.Hitz@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

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

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name Marco Grove
Telefon 03395 685 300
Fax 03395 685 129
E-Mail M.Grove@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name Iris Weise
Telefon 03394 427 1300
Fax 03394 427 1002
E-Mail I.Weise@kmg-kliniken.de

Leitung des Standorts

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Kyritz - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name Mike Grebarsche
Telefon 033971 64 1102
Fax 033971 64 1101
E-Mail M.Grebarsche@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-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
- 9 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
- 10 *Umfangreiches Angebot*
MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
- 11 *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
- 12 *Fortführung von Leitlinien und klinischen Krankenhauspfaden in der Krankenpflege.*
- 13 MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 14 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 15 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 16 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
- 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
- 20 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
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
- 27 *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
- 31 *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
- 36 *Kontinenztraining über die Abteilung für Physiotherapie*
- 37 MP69 - Eigenblutspende
- 38 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
- 38 *in Kooperation*

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- 1 NM05: Mutter-Kind-Zimmer
- 1 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.*
- 2 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)
- 4 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 Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
- 7 NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher,
- 8 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 - Hilfsgeräte 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

- # Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
- 1 FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

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	7344
Teilstationäre Fallzahl	95
Ambulante Fallzahl	21349
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				42,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	40,88	Ohne	1,72
Versorgungsform	Ambulant	6,9	Stationär	35,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				33,17
Beschäftigungsverhältnis	Mit	31,45	Ohne	1,72
Versorgungsform	Ambulant	5,3	Stationär	27,87
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				106,51
Beschäftigungsverhältnis	Mit	106,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	10,6	Stationär	95,91
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				27,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	27,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	10,6	Stationär	16,52
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,87
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,47
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt				2,47

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,47
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				3,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,78
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				9,72
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	8,72
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				8,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	7,47
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	3,3
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				2,93
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	2,23

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				10,77
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,25	Stationär	9,52

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

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

1) Pyschoonkologie Curriculum

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2,16
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,16

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				1,49
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,49

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

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

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				2,62
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	1,62

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

Gesamt				6,61
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3	Stationär	3,61

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Mike Grebarsche
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 Ja
sich regelmäßig zum Thema austauscht

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 entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement verantwortliche Person

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

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: 29.01.2024
- 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: 27.02.2024

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: 25.03.2024

RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten

7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Ausfall_Medizintechnik

Letzte Aktualisierung: 20.03.2024

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: 29.01.2024

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 Patientenverwechslungen

13 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** KY_EPZ_QMH2_LL_Patientenidentifikation

Letzte Aktualisierung: 19.02.2024

RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung

14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut

Letzte Aktualisierung: 01.10.2023

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: 23.11.2023

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
 - 1 **Letzte Aktualisierung:** 29.01.2024
 - 2 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
 - 2 **Frequenz:** quartalsweise
 - 3 IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
 - 3 **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) 14

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 Gätcke
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 gefäßkatheterassozierter 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 (Liedgedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Die Hand KISS Daten für 2024 konnten nicht realistisch erfasst und bewertet werden. Grund: Bestückung der HDM Spender erfolgte aus einem Lager, welches nicht den Kostenstellen der bettenführenden Bereiche zugeordnet ist. Die Daten aus dem Jahr 2024 sind nicht verwendbar.

Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf Ja
allen Allgemeinstationen erhoben

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen 9,03
Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs Ja
auf allen Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen 62,98
Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)

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). Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | Ja |
| 2 | 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, Ja Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. Die Zeitziele für die Rückmeldung an die	Ja
5	Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind Ja 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	Mike Grebarsche
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	M.Grebarsche@kmg-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Heike Hartmann
Telefon	0151 61606231 513
Fax	033971 64 1101
E-Mail	heike1804590@gmail.com

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	Leitende Apothekerin
Titel, Vorname, Name	Dr. Dagmar Eschke
Telefon	03391 39 4200
Fax	03391 39 4209
E-Mail	apotheke@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
 - AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von
 - 1 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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

Instrument bzw. Maßnahme

AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)

9 Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA_CIRS Critical Incidents

Reporting/VA_Risikomanagement/VA_Fehler-Korrektur-und_Vorbeugemaßnahmen

Letzte Aktualisierung: 29.01.2024

AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis

10 Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA_CIRS Critical Incidents

Reporting/VA_Risikomanagement/VA_Fehler-Korrektur-und_Vorbeugemaßnahmen

Letzte Aktualisierung: 29.01.2024

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
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- 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 Teil A § 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 Teil A § 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 Ja

Schutzkonzepte

- # Schutzkonzept
- 1 SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
- 2 SK03: Aufklärung
- 3 SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
- 4 SK07: Sonstiges (Prävention)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja
2	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	CT
3	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
4	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**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 Regelungen zu den Notfallstrukturen)

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

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fred Gätcke
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 - Wirbelsäulen-chirurgie
- 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 - Knochendichthemessung (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	1831
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M75	Schulterläsionen	117
2	S52	Fraktur des Unterarmes	111
3	S06	Intrakranielle Verletzung	108
4	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	98
5	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	84
6	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	78
7	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	69
8	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	68
9	M72	Fibromatosen	67
10	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	67
11	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	64
12	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	54
13	S72	Fraktur des Femurs	44
14	L03	Phlegmone	43
15	M19	Sonstige Arthrose	41
16	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	37
17	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	35
18	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	35
19	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	34
20	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	32
21	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	31
22	S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	27
23	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	25
24	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	24
25	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	23
26	S68	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand	22
27	S01	Offene Wunde des Kopfes	21
28	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	21
29	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	19
30	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	18

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	331
2	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	221
3	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	169
4	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	156
5	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Meniskus: Meniskusresektion, partiell	151
6	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Meniskus: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	133
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	133
8	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	132
9	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	120
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	107
11	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	99
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	99
13	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	92
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	92
15	5-824.a	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Daumensattelgelenkendoprothese	72
16	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	70
17	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	69
18	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	69
19	5-984	Mikrochirurgische Technik	65
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	64
21	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgender Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	61
22	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	61
23	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	58
24	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	52
25	3-206	Native Computertomographie des Beckens	51
26	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	51
27	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	48
28	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	47
29	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Meniskus: Meniskusrefixation	41

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	39

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	364
2	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	349
3	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	184
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	171
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	129
6	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	113
7	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	110
8	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	99
9	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	93
10	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	74
11	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	69
12	5-984	Mikrochirurgische Technik	65
13	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	52
14	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	49
15	5-849	Andere Operationen an der Hand	46
16	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	39
17	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	37
18	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	35
19	5-841	Operationen an Bändern der Hand	35
20	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	34
21	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	33
22	8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	30
23	5-786	Osteosyntheseverfahren	28
24	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	27
25	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	27
26	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	25
27	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	24
28	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	23
29	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	22
30	5-916	Temporäre Weichteildeckung	22

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
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)	Behandlung von berufsgenossenschaftlich verletzten Patienten
3	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Spezielle Handsprechstunde
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V 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
6	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	5-841.13	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Mittelhand	97
2	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	91
3	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	37
4	5-840.35	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Daumen	28
5	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	23
6	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	15
7	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	7
8	5-787.g6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radius distal	7
9	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	7
10	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	6
11	5-840.64	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Langfinger	4
12	5-810.97	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Handgelenk n.n.bez.	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
13	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	4
14	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	4
15	5-811.27	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Handgelenk n.n.bez.	4
16	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
17	5-787.g3	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Humerus distal	< 4
18	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	< 4
19	5-851.12	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Oberarm und Ellenbogen	< 4
20	5-840.74	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, sekundär: Strecksehnen Langfinger	< 4
21	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	< 4
22	5-841.a5	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	< 4
23	5-846.4	Arthrodese an Gelenken der Hand: Interphalangealgelenk, einzeln	< 4
24	5-842.2	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziotomie partiell, Hohlhand isoliert	< 4
25	5-812.e7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Handgelenk n.n.bez.	< 4
26	5-842.50	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziotomie mit mehreren Neurolysen: Ein Finger	< 4
27	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	< 4
28	5-812.b	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion des Discus triangularis	< 4
29	5-787.65	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Radiusschaft	< 4
30	5-841.15	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-841	Operationen an Bändern der Hand	110
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	92
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	60
4	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	40
5	5-849	Andere Operationen an der Hand	39
6	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	38
7	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	17
8	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	9
9	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	6
10	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	6
11	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	5
12	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	4
13	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
14	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
15	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	< 4
16	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4
17	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
18	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
19	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
20	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
21	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
22	5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	< 4
23	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	< 4
24	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
25	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
26	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
27	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	< 4
28	5-905	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle	< 4

B-[1500-KYTRA01].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der BerufsgenossenschaftArzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung Ja
vorhanden

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		8,18	Fälle je VK/Person	296,27832
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	6,18
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		5,69	Fälle je VK/Person	447,677246
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,6	Stationär	4,09

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

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

B-[1500-KYTRA01].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF12 - Handchirurgie
- 2 ZF23 - Magnetresonanztomographie – fachgebunden – (MWBO 2003)
- 3 ZF28 - Notfallmedizin
- 4 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
- 5 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
- 6 ZF09 - Geriatrie
- 6 *Kooperation*

B-[1500-KYTRA01].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		15,62	Fälle je VK/Person	117,221512
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,62

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

Gesamt		0,58	Fälle je VK/Person	3156,89673
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,58

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,79	Fälle je VK/Person	2317,72144
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,79

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,92	Fälle je VK/Person	1990,21741
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,92

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,54	Fälle je VK/Person	1188,961
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,54

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

Gesamt		0,86	Fälle je VK/Person	2129,06982
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,86

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Zentrum für Unfall-, Handchirurgie und Orthopädie / Replantationszentrum
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fred Gätcke
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 - Wirbelsäulen-chirurgie
- 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 - Knochendichthemessung (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	1161
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M54.4	Lumboischialgie	182
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	125
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	115
4	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	107
5	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	83
6	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	62
7	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	53
8	M54.5	Kreuzschmerz	29
9	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	23
10	S83.2	Meniskusriss, akut	21
11	M53.3	Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert	18
12	M54.3	Ischialgie	17
13	M94.96	Knorpelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	14
14	M54.80	Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	13
15	M54.2	Zervikalneuralgie	12
16	M80.58	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	11
17	M20.1	Hallux valgus (erworben)	9
18	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	8
19	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	7
20	M54.12	Radikulopathie: Zervikalbereich	7
21	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	7
22	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	6
23	M25.46	Gelenkerguss: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	6
24	M23.25	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Außenmeniskus	6
25	M75.5	Bursitis im Schulterbereich	6
26	M54.85	Sonstige Rückenschmerzen: Thorakolumbalbereich	6
27	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	5
28	M54.86	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich	5
29	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	4
30	M20.2	Hallux rigidus	4

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	341
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	224
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	209
4	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	63
5	M75	Schulterläsionen	39
6	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	26
7	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	22
8	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	21
9	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	16
10	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	15
11	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	14
12	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	14
13	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11
14	S72	Fraktur des Femurs	10
15	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	10
16	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	10
17	M00	Eitrige Arthritis	10
18	M76	Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes	9
19	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	6
20	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	6
21	M87	Knochennekrose	6
22	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	5
23	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	5
24	M86	Osteomyelitis	5
25	M48	Sonstige Spondylopathien	4
26	G62	Sonstige Polyneuropathien	4
27	G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	4
28	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	< 4
29	M65	Synovitis und Tenosynovitis	< 4
30	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternum und der Brustwirbelsäule	< 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	218
2	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	208
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	185
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	119
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	46
6	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	38
7	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	35
8	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	26
9	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	18
10	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	15
11	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	15
12	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	14
13	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	11
14	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	10
15	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	9
16	3-200	Native Computertomographie des Schädels	9
17	5-784	Knochentransplantation und -transposition	6
18	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
19	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	6
20	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	5
21	5-786	Osteosyntheseverfahren	5
22	5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	5
23	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	4
24	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	4
25	5-789	Andere Operationen am Knochen	4
26	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	4
27	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	4
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
29	8-390	Lagerungsbehandlung	< 4
30	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	< 4

B-[2300-KYORT01].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2300-KYORT01].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)	Orthopädische Sprechstunde
2	AM07 - Privatambulanz	Nachsorgesprechstunde
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Endoprothetik
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Zentrale Notaufnahme
5	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 SGB V (Abgabe von 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	19
2	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	5
3	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	< 4
4	5-788.66	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk	< 4
5	5-788.5e	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie	< 4
6	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	< 4
7	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
8	5-810.4k	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Oberes Sprunggelenk	< 4
9	5-800.9q	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Metatarsophalangealgelenk	< 4
10	5-788.60	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	22
2	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	5
3	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	5
4	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
6	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4

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

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

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		6,13	Fälle je VK/Person	206,21669
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	5,63
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		5,09	Fälle je VK/Person	242,379959
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	4,79

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

Facharztbezeichnungen

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

Kooperation

B-[2300-KYORT01].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF19 - Kinder-Orthopädie (MWBO 2003)
- 2 ZF23 - Magnetresonanztomographie – fachgebunden – (MWBO 2003)
- 3 ZF28 - Notfallmedizin
- 4 ZF29 - Orthopädische Rheumatologie
- 5 ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)
- 6 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
- 7 ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
- 8 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
- 9 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
- 10 ZF44 - Sportmedizin
- 11 ZF12 - Handchirurgie
- 12 ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)

B-[2300-KYORT01].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		12,05	Fälle je VK/Person
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,05	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)			
Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		0,24	Fälle je VK/Person
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,24	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär

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] Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie

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

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie

B-[1500-KYVIS].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
1 1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-KYVIS].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie
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 VC20 - Nierenchirurgie
- 4 VC21 - Endokrine Chirurgie
- 5 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
- 6 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 7 VC24 - Tumorchirurgie
- 8 VC62 - Portimplantation
- 9 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 10 VR44 - Teleradiologie
- 11 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 12 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 13 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 14 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 15 VR06 - Endosonographie
- 16 VC00 - („Sonstiges“): Hernienchirurgie
- 17 VC00 - („Sonstiges“): Proktologie
- 18 VC00 - („Sonstiges“): Sonographie des Bauchraumes und des Brustkorbes

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

Vollstationäre Fallzahl	847
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	110
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	59
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	36
4	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	27
5	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	26
6	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	25
7	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	24
8	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	23
9	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	21
10	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	19
11	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	18
12	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	17
13	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	17
14	L72.1	Trichilemmalzyste	17
15	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	15
16	K61.0	Analabszess	15
17	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	14
18	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	13
19	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	13
20	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	10
21	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	9
22	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	8
23	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	8
24	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	8
25	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	8
26	K43.60	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	8
27	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	7
28	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	7
29	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	7
30	K60.3	Analfistel	7

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	168
2	K80	Cholelithiasis	111
3	K57	Divertikulose des Darms	46
4	K42	Hernia umbilicalis	45
5	K43	Hernia ventralis	42
6	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	36
7	K35	Akute Appendizitis	34
8	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	33
9	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	32
10	L05	Pilonidalzyste	31
11	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	24
12	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	18
13	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	17
14	C16	Bösartige Neubildung des Magens	14
15	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	10
16	K44	Hernia diaphragmatica	9
17	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	9
18	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	8
19	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	8
20	K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	7
21	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	7
22	K85	Akute Pankreatitis	6
23	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6
24	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	5
25	Q67	Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	5
26	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	5
27	L03	Phlegmone	5
28	K55	Gefäßkrankheiten des Darms	4
29	K36	Sonstige Appendizitis	4
30	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	4

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	147
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	144
3	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	112
4	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	108

#	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	87
6	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	85
7	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in peripherie und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	56
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	52
9	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	44
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	42
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	41
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	33
13	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfostenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	29
14	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	26
15	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexilem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	25
16	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfostenverschluss	25
17	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	25
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	25
19	5-534.36	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	24
20	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan- Morgan): 1 Segment	24
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	21
22	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	21
23	5-983	Reoperation	20
24	5-470.10	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch (Schlingen)ligatur	19
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	19
26	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	19
27	8-701	Einfache endotracheale Intubation	19
28	5-455.75	Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	18
29	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	18
30	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	17

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	171
2	5-511	Cholezystektomie	117
3	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	85
4	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	66
5	5-469	Andere Operationen am Darm	58
6	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	55
7	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	43
8	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	37
9	5-470	Appendektomie	36
10	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	35
11	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	32
12	5-916	Temporäre Weichteildeckung	31
13	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	30
14	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	25
15	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	23
16	5-983	Reoperation	20
17	8-701	Einfache endotracheale Intubation	19
18	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	18
19	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	17
20	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	14
21	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	14
22	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	14
23	5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	12
24	5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas	10
25	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	10
26	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	9
27	5-462	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffs	9
28	5-460	Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff	9
29	5-549	Andere Bauchoperationen	9
30	5-454	Resektion des Dünndarmes	8

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

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	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	27
2	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	23
3	5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	22
4	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	12
5	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	6
6	5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	< 4
7	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
8	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	< 4
9	5-530.02	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung	< 4
10	5-534.01	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Extirpation einer Nabelzyste	< 4
11	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
12	5-534.02	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Abtragung des Urachus	< 4
13	1-502.5	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel	< 4
14	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
15	5-903.2g	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Fuß	< 4
16	5-903.2d	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Gesäß	< 4
17	5-903.2a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	< 4
18	5-903.75	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Hals	< 4
19	5-903.70	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Lippe	< 4
20	5-903.6b	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Bauchregion	< 4
21	5-903.27	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
22	5-536.0	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfostenverschluss	< 4
23	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfostenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	< 4
24	5-903.7e	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Oberschenkel und Knie	< 4
25	5-903.1g	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Fuß	< 4
26	5-898.9	Operationen am Nagelorgan: Nagelplastik	< 4
27	5-897.11	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion: Transpositionsplastik	< 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	35
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	30
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	26
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	15
5	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
6	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
7	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
8	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
9	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
10	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
11	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
12	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 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		5,59	Fälle je VK/Person	166,404709
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	5,09
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,59	Fälle je VK/Person	207,090454
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	4,09

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
- 5 *Kooperation*
AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- 5 *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		7,08	Fälle je VK/Person	119,632767
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,08

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

Gesamt		1,29	Fälle je VK/Person	656,5892
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,29

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,36	Fälle je VK/Person	2352,77759
--------	--	------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,36

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,42	Fälle je VK/Person	2016,66675
--------	--	------	--------------------	------------

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,7	Fälle je VK/Person	1210
--------	--	-----	--------------------	------

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

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

Gesamt		0,39	Fälle je VK/Person	2171,795
--------	--	------	--------------------	----------

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

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] Belegabteilung für Urologie

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

Abteilungsart Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Belegabteilung für Urologie

B-[2200-KYUROBEL].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 2200 - Urologie

B-[2200-KYUROBEL].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie
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
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	215
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	46
2	N30	Zystitis	32
3	N20	Nieren- und Ureterstein	25
4	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	23
5	N40	Prostatahyperplasie	20
6	N43	Hydrozele und Spermatozele	10
7	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	9
8	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	7
9	R33	Harnverhaltung	4
10	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	4
11	N21	Stein in den unteren Harnwegen	< 4
12	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	< 4
13	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
15	N42	Sonstige Krankheiten der Prostata	< 4
16	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	< 4
17	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	< 4
18	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
19	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	< 4
20	N02	Rezidivierende und persistierende Hämaturie	< 4
21	N35	Harnröhrenstriktur	< 4
22	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
23	D41	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane	< 4
24	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	< 4
25	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	< 4
26	G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	< 4
27	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	< 4
28	Z08	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung	< 4
29	N45	Orchitis und Epididymitis	< 4
30	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	< 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	150
2	8-147.y	Therapeutische Drainage von Harnorganen: N.n.bez.	147
3	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	67
4	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	40
5	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	30
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	28
7	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	24
8	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	20
9	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	17
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	16
11	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	16
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	15
13	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	13
14	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	12
15	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	9
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung,	7
17	5-550.31	Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch	7
18	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	6
19	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	6
20	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	5
21	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	5
22	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	5
23	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	4
24	5-611	Operation einer Hydrocele testis	4
25	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	4
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
27	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandpunkte	< 4
28	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	< 4
30	5-983	Reoperation	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	169
2	8-147	Therapeutische Drainage von Harnorganen	148
3	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	67
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	60
5	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	32
6	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	29
7	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	13
8	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	9
9	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	8
10	5-572	Zystostomie	6
11	5-611	Operation einer Hydrocele testis	4
12	5-640	Operationen am Präputium	4
13	5-983	Reoperation	< 4
14	5-98k	Art des Zystoskops	< 4
15	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
16	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
17	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	< 4
19	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4
20	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4
21	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	< 4
22	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
23	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
24	1-668	Diagnostische Endoskopie der Harnwege über ein Stoma	< 4
25	5-609	Andere Operationen an der Prostata	< 4
26	3-13d	Urographie	< 4
27	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
28	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4
29	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
30	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	< 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	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	15
2	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	< 4
3	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4
4	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-640	Operationen am Präputium	15
2	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
3	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
4	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4

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	215
--------	---	-----------------------	-----

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ60 - Urologie
- 2 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- 2 *Kooperation*
- 3 AQ54 - Radiologie
- 3 *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	0,8	Fälle je VK/Person	268,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 0,8

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	1,04	Fälle je VK/Person	206,730774
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,04	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 1,04

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

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 Lymphgefäß 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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 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)
- 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 - Knochendichthymessung (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	2640
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	132
2	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	106
3	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	75
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	63
5	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	47
6	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	47
7	K29.6	Sonstige Gastritis	46
8	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	39
9	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	39
10	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	34
11	R55	Synkope und Kollaps	33
12	A46	Erysipel [Wundrose]	32
13	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	28
14	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	26
15	K29.1	Sonstige akute Gastritis	25
16	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	24
17	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	24
18	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	24
19	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	23
20	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	23
21	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	22
22	E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	21
23	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	21
24	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	21
25	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	20
26	I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet	20
27	A49.8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	20
28	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	19
29	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	18
30	R42	Schwindel und Taumel	18

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	179
2	E86	Volumenmangel	132
3	K29	Gastritis und Duodenitis	111
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	110
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	76
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	75
7	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	64
8	K80	Cholelithiasis	64
9	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	57
10	I11	Hypertensive Herzkrankheit	49
11	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	43
12	N17	Akutes Nierenversagen	42
13	A41	Sonstige Sepsis	40
14	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	36
15	I63	Hirninfarkt	36
16	R55	Synkope und Kollaps	33
17	K85	Akute Pankreatitis	33
18	K57	Divertikulose des Darmes	32
19	A46	Erysipel [Wundrose]	32
20	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	31
21	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	30
22	J20	Akute Bronchitis	30
23	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	28
24	F45	Somatoforme Störungen	27
25	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	27
26	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	27
27	H81	Störungen der Vestibularfunktion	26
28	C16	Bösartige Neubildung des Magens	25
29	D50	Eisenmangelanämie	25
30	K70	Alkoholische Leberkrankheit	24

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 Ösophagogastroduodenoskopie	565
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	364
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	320
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	205
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	95
6	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	83
7	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	73
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	68
9	5-469	Andere Operationen am Darm	47
10	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	46
11	8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	40
12	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	26
13	5-449	Andere Operationen am Magen	26
14	1-654	Diagnostische Rektoskopie	22
15	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	21
16	5-345	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]	20
17	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	19
18	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	15
19	3-058	Endosonographie des Rektums	11
20	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	10
21	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	9
22	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	8
23	3-053	Endosonographie des Magens	7
24	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	7
25	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	7
26	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	6
27	5-489	Andere Operation am Rektum	6
28	3-056	Endosonographie des Pankreas	5
29	3-051	Endosonographie des Ösophagus	5
30	5-311	Temporäre Tracheostomie	5

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 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	906
2	5-452.61	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	199
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	133
4	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	90
5	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	81
6	5-452.62	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	46
7	5-452.63	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	20
8	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	14
9	5-493.00	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 1 Hämorrhoiden	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	1053
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	265
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	171
4	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4

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		10,23	Fälle je VK/Person	320,777649
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,51	Ohne	1,72
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	8,23
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		6,26	Fälle je VK/Person	501,901123
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,54	Ohne	1,72
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	5,26

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
- 3 *Kooperation und interdisziplinär*
- 4 AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 4 *Kooperation*
- 5 AQ56 - Radiologie, SP Neuroradiologie
- 5 *Kooperation*
- 6 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- 6 *Kooperation*

B-[0100-KYINN].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF07 - Diabetologie
- 2 ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
- 3 ZF28 - Notfallmedizin
- 4 ZF34 - Proktologie
- 5 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
- 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		15,8	Fälle je VK/Person	167,088608
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,8

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,32	Fälle je VK/Person	8250
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,32

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,63	Fälle je VK/Person	4190,476
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,63

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	5280
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,45	Fälle je VK/Person	5866,667
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,45

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

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	650
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	104
2	M35.3	Polymyalgia rheumatica	60
3	M05.80	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	58
4	M06.80	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	39
5	L40.5	Psoriasis-Arthropathie	23
6	M15.8	Sonstige Polyarthrose	21
7	M25.50	Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen	11
8	M79.80	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Weichteilgewebes: Mehrere Lokalisationen	10
9	M05.84	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	6
10	M54.4	Lumboischialgie	6
11	M05.86	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	6
12	M45.00	Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	5
13	M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	5
14	M10.00	Idiopathische Gicht: Mehrere Lokalisationen	5
15	M54.80	Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	5
16	M31.3	Wegener-Granulomatose	5
17	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	5
18	M10.37	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	5
19	M34.1	CR(E)ST-Syndrom	5
20	M10.06	Idiopathische Gicht: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
21	M79.00	Rheumatismus, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	4
22	M10.04	Idiopathische Gicht: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	4
23	A46	Erysipel [Wundrose]	4
24	M06.84	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	4
25	M15.1	Heberden-Knoten (mit Arthropathie)	4
26	M45.06	Spondylitis ankylosans: Lumbalgia	4
27	L95.8	Sonstige Vaskulitis, die auf die Haut begrenzt ist	4
28	M10.07	Idiopathische Gicht: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	4
29	M13.86	Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4
30	M45.07	Spondylitis ankylosans: Lumbosakralbereich	< 4

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	128
2	M05	Seropositive chronische Polyarthritiden	75
3	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	70
4	M06	Sonstige chronische Polyarthritiden	52
5	M10	Gicht	28
6	M15	Polyarthrose	27
7	L40	Psoriasis	26
8	M54	Rückenschmerzen	18
9	M45	Spondylitis ankylosans	16
10	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	14
11	M34	Systemische Sklerose	12
12	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	11
13	M13	Sonstige Arthritis	11
14	F45	Somatoforme Störungen	9
15	D86	Sarkoidose	7
16	M19	Sonstige Arthrose	7
17	G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	6
18	I50	Herzinsuffizienz	6
19	A46	Erysipel [Wundrose]	4
20	G62	Sonstige Polyneuropathien	4
21	L95	Anderenorts nicht klassifizierte Vaskulitis, die auf die Haut begrenzt ist	4
22	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	< 4
23	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	< 4
24	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	< 4
25	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	< 4
26	M12	Sonstige näher bezeichnete Arthropathien	< 4
27	J20	Akute Bronchitis	< 4
28	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
29	D61	Sonstige aplastische Anämien	< 4
30	N17	Akutes Nierenversagen	< 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	187
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	90
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	73
4	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	66
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	55
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	49
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	46
8	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	35
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	35
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	28
11	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	22
12	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	19
13	6-001.d2	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 40 mg bis unter 80 mg	16
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	16
15	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	15
16	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	14
17	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	13
18	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	13
19	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	12
20	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	10
21	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	9
22	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	9
23	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	8
24	3-200	Native Computertomographie des Schädels	8
25	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	8
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	7
27	3-202	Native Computertomographie des Thorax	7
28	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	7
29	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	6
30	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	6

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	90
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	81
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	73
4	8-020	Therapeutische Injektion	35
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	28
6	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	22
7	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	22
8	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	21
9	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	15
10	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	13
11	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	10
12	8-547	Andere Immuntherapie	9
13	5-469	Andere Operationen am Darm	7
14	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	5
15	3-301	Konfokale Mikroskopie	4
16	1-654	Diagnostische Rektoskopie	< 4
17	3-206	Native Computertomographie des Beckens	< 4
18	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	< 4
19	6-00e	Applikation von Medikamenten, Liste 14	< 4
20	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	< 4
21	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	< 4
22	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
23	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	< 4
24	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	< 4
25	5-489	Andere Operation am Rektum	< 4
26	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	< 4
27	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
28	8-900	Intravenöse Anästhesie	< 4
29	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
30	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	< 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	2,77	Fälle je VK/Person	252,918289
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,77	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär 2,57
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	2,77	Fälle je VK/Person	252,918289
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,77	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär 2,57

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
- 3 *Kooperation*
- 4 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- 4 *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	3,87	Fälle je VK/Person	167,958664
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,87	Ohne 0	
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär 3,87	

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

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
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)	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		8,47	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,47	Stationär	7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		7,54	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,47	Stationär	6,07

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ01 - Anästhesiologie
- 2 AQ54 - Radiologie
- 2 *Kooperation*
- 3 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- 3 *Kooperation*
- 4 AQ42 - Neurologie
- 4 *Kooperation und interdisziplinär*
- 5 AQ23 - Innere Medizin

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		23,39	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	23,39

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Ärztin
Titel, Vorname, Name	Roxana-Catalina Luca
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 *Fachspezifische orthopädische/schmerztherapeutische und psychologische Diagnostik, fachspezifische physio-/ergotherapeutische Befunderhebung, Psychologische psychotherapeutische Begleittherapie entsprechend bio-psycho-sozialer Schmerzverarbeitung, spezifische analgetische Therapieformen*
VX00 - („Sonstiges“)
- 2 *kreativ-therapeutischen Verfahren, Entspannungstraining, Atem- und Achtsamkeitsübungen, spezifische ergotherapeutische Maßnahmen, spezifische aktive und passive physiotherapeutische Maßnahmen, Ernährungsberatung mit Therapieküche*

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	95

B-[2300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	17
2	M54.80	Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	17
3	M54.4	Lumboischialgie	15
4	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	8
5	M25.50	Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen	4
6	M79.60	Schmerzen in den Extremitäten: Mehrere Lokalisationen	4
7	M54.2	Zervikalneuralgie	< 4
8	M47.20	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	< 4
9	M54.87	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbosakralbereich	< 4
10	G90.59	Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I, Lokalisation nicht näher bezeichnet	< 4
11	M79.61	Schmerzen in den Extremitäten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
12	M79.65	Schmerzen in den Extremitäten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
13	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	< 4
14	M62.80	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen	< 4
15	M54.12	Radikulopathie: Zervikalbereich	< 4
16	M15.8	Sonstige Polyarthrose	< 4
17	M25.60	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen	< 4
18	M05.10	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritiden: Mehrere Lokalisationen	< 4
19	G43.8	Sonstige Migräne	< 4
20	M41.85	Sonstige Formen der Skoliose: Thorakolumbalbereich	< 4
21	M06.99	Chronische Polyarthritiden, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	< 4
22	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritiden: Mehrere Lokalisationen	< 4
23	M47.22	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikalbereich	< 4
24	G44.3	Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz	< 4
25	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
26	M54.86	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich	< 4
27	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	< 4
28	G25.81	Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]	< 4
29	E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	< 4
30	G90.71	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, sonstiger und nicht näher bezeichneter Typ	< 4

B-[2300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	39
2	F45	Somatoforme Störungen	17
3	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	14
4	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5
5	M47	Spondylose	4
6	G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	< 4
7	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	< 4
8	G43	Migräne	< 4
9	G25	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	< 4
10	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	< 4
11	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
12	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	< 4
13	G62	Sonstige Polyneuropathien	< 4
14	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
15	M15	Polyarthrose	< 4
16	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	< 4
17	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	M41	Skoliose	< 4

B-[2300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-91c.21	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	703
2	8-91c.11	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	328
3	8-91c.22	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	143
4	8-91c.12	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	97
5	8-91c.02	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung: Zwei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	40
6	8-91c.01	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung: Zwei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	15

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
7	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	9
8	8-917.13	Injectio eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	8
9	8-91c.10	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei übende oder sonstige Verfahren	5
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	5
11	8-91c.00	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung: Zwei übende oder sonstige Verfahren	5
12	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	4
13	3-206	Native Computertomographie des Beckens	4
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolger Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	< 4
15	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
16	8-020.4	Therapeutische Injektion: Bänder, Sehnen oder Bindegewebe	< 4
17	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
19	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	1336
2	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	9
3	8-917	Injectio eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	8
4	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	4
5	3-206	Native Computertomographie des Beckens	4
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
7	8-020	Therapeutische Injektion	< 4
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie 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	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt	1	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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

- | | |
|---|---------------------------------------|
| # | Facharztbezeichnungen |
| 1 | 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		0,78	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,78

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

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

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	114
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	34
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	49
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	17
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Fallzahl	13
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	44
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	12
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	52
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	29
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	186
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	118
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	297
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	98
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	296
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	253
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	284
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	215
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	16
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
KEP - Knieendoprottesenversorgung	

Fallzahl	304
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	250
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	291
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	232
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	13
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	11
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	1285
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

58000

CHE - Entfernung der Gallenblase

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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 4,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link</p>

	entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,40 - 2,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,79
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	
3. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und

Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 2,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

4. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	58003
Art des Wertes	CHE - Entfernung der Gallenblase
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,97

Fallzahl

Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,60

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren**DeQS**

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis

1,00

Vertrauensbereich bundesweit

0,98 - 1,02

Rechnerisches Ergebnis

0,35

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,10 - 0,92

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 1,30 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

6. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID****58005**

Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen 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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 1,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung

verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

58006

CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen 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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis

1,00

Vertrauensbereich bundesweit

0,97 - 1,04

Rechnerisches Ergebnis

0,78

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,26 - 1,85

Fallzahl

Grundgesamtheit

165

Beobachtete Ereignisse

4

Erwartete Ereignisse

5,13

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 1,05 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
8. Patientinnen und Patienten, 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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,64 - 1,30
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7158
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	33,01
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
9. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 0,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7158
Beobachtete Ereignisse	29
10. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautoberflächen, 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
11. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.	
Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7158
Beobachtete Ereignisse	0
12. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
Ergebnis-ID	52010

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7158
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13. Lange 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	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>

	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 1,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15. Komplikationen (z. B. BlutgerinnSEL, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54016
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 1,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,84 (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. Komplikationen (z. B. BlutgerinnSEL, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 54017

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	0,89
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
17. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-</p>

Bundesergebnis	Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Vertrauensbereich bundesweit	0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,93 - 1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0
Fallzahl	0,00 - 2,37
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,43
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
18. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit</p>

	einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 1,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	
Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
19. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
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 Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis

1,01

Vertrauensbereich bundesweit

0,98 - 1,04

Rechnerisches Ergebnis

0,85

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,24 - 2,37

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 2,22 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

20. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; 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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 3,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
21. Komplikationen am Gewebe (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; 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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG

(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 3,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

22. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 2,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,44 (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, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	54013 HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
------------------	---

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Fachlicher Hinweis IQTIG	0,89
Bundesergebnis	0,83 - 0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0
Rechnerisches Ergebnis	0,00 - 6,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	
Fallzahl	
Grundgesamtheit	225
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,58
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
24. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,13

25. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig 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	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Bundesergebnis	0,97	
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00	
Rechnerisches Ergebnis	1,20	
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 2,78	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	285	
Beobachtete Ereignisse	4	
Erwartete Ereignisse	3,34	
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators		
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
26. Lange 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	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15	
Einheit	%	
Bundesergebnis	7,57	
Vertrauensbereich bundesweit	7,37 - 7,78	
Vertrauensbereich Krankenhaus	-	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	Datenschutz	
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz	
Erwartete Ereignisse	Datenschutz	
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators		
Referenzbereich	<= 15,00 %	

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

unverändert
R10
eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. 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

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

54033

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

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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 2,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,59
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,37 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
28. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen 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) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
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
	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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

		Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01	
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07	
Rechnerisches Ergebnis	1,35	
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 6,74	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	Datenschutz	
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz	
Erwartete Ereignisse	Datenschutz	
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators		
Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
29. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, 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. Mit Hilfe der	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 1,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,80
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID****Leistungsbereich****54046**

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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,02 - 5,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,56
31. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig 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

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	231
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,13
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
32. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten	
Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33. 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
	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

34. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

%

1,51

1,38 - 1,66

-

<= 2,50 %

N01

eingeschränkt/nicht vergleichbar

56008

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

QI

DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

%

0,23

0,22 - 0,24

-

Datenschutz

Datenschutz

Datenschutz

-

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35. 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	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	
37. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkrankgefäß(e) (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkrankgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen	
Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten	
Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-</p>

	BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	

40. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machen

Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	

41. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist

Fachlicher Hinweis IQTIG

dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	
42. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert	
Ergebnis-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das

Fachlicher Hinweis IQTIG

auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

Punkte

89,65

89,36 - 89,94

-

Datenschutz

Datenschutz

Datenschutz

Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

eingeschränkt/nicht vergleichbar

N99

eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen**Ergebnis-ID****56108**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

Punkte

80,49

80,28 - 80,70

-

Datenschutz

Datenschutz

Datenschutz

Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

eingeschränkt/nicht vergleichbar

N99

eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor**Ergebnis-ID****56109**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt

und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
46. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung	
Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	Datenschutz
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	
47. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente	
Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62

Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

Ergebnis-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkateteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die</p>

Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	56114 PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs.
Fachlicher Hinweis IQTIG	

8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
51. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäß durchgeführt wurde	
Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen</p>

	Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	
52. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist

Fachlicher Hinweis IQTIG

dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	

53. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten 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

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge 223

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr Ja

Prüfung durch Landesverbände Ja

Leistungsmenge im Berichtsjahr 223

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres 245

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-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

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-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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	37
- 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
1	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie - Aufnahmestation - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie - Aufnahmestation - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin, Kardiologie - KY Station A - Tagschicht	75 %
4	Innere Medizin, Kardiologie - KY Station A - Nachtschicht	100 %
5	Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station B - Tagschicht	100 %
6	Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station B - Nachtschicht	100 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Urologie - KY Station C - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Urologie - KY Station C - Nachtschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie - KY Station IMC - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie - KY Station IMC - Nachtschicht	100 %
11	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	91,67 %
12	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	75 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	57,65 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachschicht	60,93 %
	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie,	
3	Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie - Aufnahmestation - Tagschicht	99,65 %
	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie,	
4	Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie - Aufnahmestation - Nachschicht	97,69 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - KY Station A - Tagschicht	56,99 %
6	Innere Medizin, Kardiologie - KY Station A - Nachschicht	96,44 %
7	Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station B - Tagschicht	62,84 %
8	Orthopädie, Unfallchirurgie - KY Station B - Nachschicht	96,17 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Urologie - KY Station C - Tagschicht	83,33 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Urologie - KY Station C - Nachschicht	95,9 %
11	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Urologie - KY Station IMC - Tagschicht	100 %
12	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Urologie - KY Station IMC - Nachschicht	99,63 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (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 Anhaltszahlen 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