



Strukturierter Qualitätsbericht 2021

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

Vorwort

Unsere KMG Klinikum Mitte GmbH ist ein Krankenhaus im Bundesland Brandenburg mit drei Klinikstandorten in Kyritz, Pritzwalk und Wittstock. Insgesamt haben wir hier 423 Betten aufgestellt. Etwa. 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern sich in der familiären Atmosphäre der drei Klinika um die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten. An den drei Klinikstandorten werden pro Jahr ca. 16.000 Patient*innen stationär, rund 22.000 Patient*innen ambulant und 6.500 Patient*innen als Notfälle nach aktuellsten medizinischen und wissenschaftlichen Standards behandelt.



Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Zusammen mit den unmittelbar in der Region gelegenen KMG Kliniken in Kyritz und in Wittstock bildet das KMG Klinikum Pritzwalk ein Netzwerk mit 434 Betten. Das Leistungsspektrum ist durch die insgesamt 15 Fachkliniken ergänzend aufeinander aufgebaut. Optimal abgestimmte Anschlussheilbehandlungen sind durch die KMG Reha-Einrichtungen möglich. So erhalten Patient*innen Gesundheit aus einer Hand.

Unser KMG Klinikum Pritzwalk verfügt über drei hochmoderne Operationssäle, einen Intensiv- und Anästhesiebereich mit bester Medizingerätetechnik, ein ambulantes Operationszentrum mit eigenem Aufwachbereich sowie über radiologische Großgerätetechnik (MRT, CT). Unsere Patient*innen sind während ihres Aufenthalts bei uns in modernen und freundlichen Zimmern untergebracht. Darüber hinaus erfüllt unser KMG Klinikum Pritzwalk die wichtige Funktion eines Akademischen

Lehrkrankenhauses der Universitätsmedizin Greifswald.

Unser KMG Klinikum Pritzwalk hält einen großen Therapiebereich für die Versorgung von geriatrischen Patient*innen vor, die gleichzeitig unter mehreren Krankheiten leiden (Multimorbidität). Eine teilstationäre Behandlung ist in unserer Tagesklinik für Geriatrie möglich.

Unser KMG Klinikum Pritzwalk arbeitet eng mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammen (Integratives Versorgungsmodell). Diesem Ziel dient auch das angegliederte Ärztehaus mit dem KMG Medizinischen Versorgungszentrum.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Jannis Fey
Telefon	03395685114
Fax	03395685129
E-Mail	J.Fey@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Controlling
Titel, Vorname, Name	Anja Prill
Telefon	033971641104
Fax	033971641101
E-Mail	A.Prill@kmg-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.kmg-kliniken.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	http://www.kmg-kliniken.de

Weiterführende Links

#	URL	BESCHREIBUNG
1	http://www.kmg-kliniken.de	Website der KMG Kliniken

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Klinikum Mitte GmbH
PLZ	19336
Ort	Bad Wilsnack
Straße	Badstr.
Hausnummer	5 - 7
IK-Nummer	261201323
Standort-Nummer	771599000
Standort-Nummer alt	02
Telefon-Vorwahl	03395
Telefon	6850
E-Mail	pritzwalk@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	http://www.kmg-kliniken.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

KMG Klinikum Mitte GmbH Klinikum Pritzwalk

PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
Straße	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
IK-Nummer	261201323
Standort-Nummer	771599000
Standort-Nummer alt	02
Standort-URL	http://www.kmg-kliniken.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin - Standort Kyritz
Titel, Vorname, Name	Sarah Henning
Telefon	033971641102
Fax	033971641101
E-Mail	Sarah.Henning@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name	Jannis Fey
Telefon	03395685114
Fax	03395685129
E-Mail	J.Fey@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name	Jannis Fey / Sarah Henning
Telefon	03394427100
Fax	03394427101
E-Mail	J.Fey@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor - Standort Kyritz
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fred Gätkke
Telefon	033971642202
Fax	033971642201
E-Mail	F.Gaetcke@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395685292
Fax	03395685291

E-Mail	A.Bialojan@kmg-kliniken.de
--------	----------------------------

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Volker Hitz
Telefon	03394427201
Fax	03394427925
E-Mail	V.Hitz@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung - Standort Kyritz
Titel, Vorname, Name	Kathrin Bartel
Telefon	033971642300
Fax	033971641101
E-Mail	K.Bartel@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name	Marco Grove
Telefon	03395685300
Fax	03395685129
E-Mail	M.Grove@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name	Iris Weise
Telefon	033944271300
Fax	033944271002
E-Mail	I.Weise@kmg-kliniken.de

Leitung des Standorts**KMG Klinikum Mitte GmbH Klinikum Pritzwalk - Verwaltungsleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Jannis Fey
Telefon	03395685114
Fax	03395685129

E-Mail

J.Fey@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Mitte GmbH Klinikum Pritzwalk - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Ärztliche Direktorin

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Anne-Grit Bialojan

Telefon

03395685292

Fax

03395685291

E-Mail

A.Bialojan@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Mitte GmbH Klinikum Pritzwalk - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Pflegedienstleitung

Titel, Vorname, Name

Marco Grove

Telefon

03395685300

Fax

03395685129

E-Mail

M.Grove@kmg-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#

INSTITUTIONSKENNZEICHEN

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers

KMG Klinikum Mitte GmbH

Träger-Art

privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Krankenhaus-Art

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Universitätsmedizin Greifswald

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	MED.PFLEG. LEISTUNGSANGEBOT
1	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Sozialdienst</i>
2	MP53 - Aromapflege/-therapie
3	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
4	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
5	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung <i>z. B. bei Diabetes mellitus</i>
6	MP69 - Eigenblutspende
7	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
8	MP18 - Fußreflexzonenmassage
9	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining <i>auch Computergestützt</i>
10	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
11	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
12	MP25 - Massage <i>z. B. Akupunktmassage, Binde- gewebsmassage, Shiatsu</i>
13	MP26 - Medizinische Fußpflege <i>kommt bei Bedarf auf Station</i>
14	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>z. B. Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Entspannungstherapie</i>
15	MP37 - Schmerztherapie/-management
16	MP63 - Sozialdienst

#	MED.PFLEG. LEISTUNGSANGEBOT
17	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>z. B. Vorträge, Informationsveranstaltungen, Tag der offenen Tür</i>
18	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe, Hilfsmittelberatung, Beratung zu Pflegestufe, -anträge, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung</i>
19	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
20	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
21	MP45 - Stomatherapie/-beratung
22	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
23	MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
24	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
25	MP51 - Wundmanagement <i>z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i>
26	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
27	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
28	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
29	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
30	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
31	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>nur Physikalische Therapie</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	LEISTUNGSANGEBOT
1	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>z.B. vegetarische Küche</i>
4	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>"Sonntagsvorlesungen" zu verschiedenen Themen sowie Tag der offenen Tür</i>

#	LEISTUNGSANGEBOT
5	NM50: Kinderbetreuung <i>KITA am Klinikum</i>
6	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
7	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
8	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
9	NM02: Ein-Bett-Zimmer
10	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
11	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>WLAN, Telefon am Bett, Fernsehgerät am Bett/im Zimmer, Aufenthaltsräume auf Stationen vorhanden</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name	Manuela Schierstedt
Telefon	03843343060
Fax	03843343120
E-Mail	M.Schierstedt@kmg-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
2	BF24 - Diätetische Angebote <i>Diät- und Diabetesberatung, spezielle Kostform</i>
3	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>elektrisch verstellbar bis 225 kg</i>
	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht

#	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
4	oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Patientenwaage, Patientenliefer, Toilettenstuhl, Rollstuhl, Rollator ect.</i>
5	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Anti-Thrombosestrümpfe bis Größe 8, sonst wickeln</i>
6	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>bis 200 kg Körpergewicht</i>
7	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
8	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
9	BF10 - Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <i>in jedem Bereich vorhanden</i>
10	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
11	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
12	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerichten Sanitäranlagen
13	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
14	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
15	BF25 - Dolmetscherdienst <i>Dolmetscherliste</i>
16	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
17	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
18	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
19	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
20	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
---	---

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	AUSBILDUNG IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
3	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
4	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
5	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	128
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	3228
Teilstationäre Fallzahl	78
Ambulante Fallzahl	5330
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	33,63
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	6,02
Personal in der ambulanten Versorgung	2,14
Personal in der stationären Versorgung	31,49
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	24,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	6,02
Personal in der ambulanten Versorgung	2,14
Personal in der stationären Versorgung	21,9

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	2
--------	---

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (in Vollkräften)	0,77
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,43
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,34
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,77

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (in Vollkräften)	0,77
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,43
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,34
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,77

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit

40

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	82,45	24,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	82,45	24,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	3,9	3,9
Personal in der stationären Versorgung	78,55	20,62

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	0	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	1,86	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,86	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	1,86	0

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	0	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	11,64	3,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,64	3,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	11,64	3,78

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	9,52	9,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	9,52	9,52
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	9,52	9,52

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0,75	0,75

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	0,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	0,75	0,75

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
--------	---

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	1,34	1,34
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,34	1,34
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	1,34	1,34

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	8,63	5,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,63	5,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	8,63	5,49

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und

Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personalqualifikation	SP04 - Diätassistentin und Diätassistent
Anzahl (in Vollkräften)	0,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,49

Personalqualifikation	SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	3,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,1
Personal in der stationären Versorgung	3,18

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,88

Personalqualifikation	SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	5,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,5
Personal in der stationären Versorgung	4,97

Personalqualifikation	SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe
Anzahl (in Vollkräften)	1,37
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,37

Personalqualifikation	SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter
Anzahl (in Vollkräften)	1,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,62

Personalqualifikation	SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie
-----------------------	--

Anzahl (in Vollkräften)	0,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,82

Personalqualifikation	SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement
Anzahl (in Vollkräften)	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2

Personalqualifikation	SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta
Anzahl (in Vollkräften)	1,84
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,84
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,84

Personalqualifikation	SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater
Anzahl (in Vollkräften)	0,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,49

Personalqualifikation	SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie
-----------------------	---

Anzahl (in Vollkräften)	2,84
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,84
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,84

Personalqualifikation	SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)
Anzahl (in Vollkräften)	0 Kooperation Medizinisch-technischer Radiologieassistent
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sachbearbeiterin
Titel, Vorname, Name	Dana Grunberg
Telefon	03395685114
Fax	03395685129
E-Mail	D.Grunberg@kmg-kliniken.de

Karina Legde, Qualitätsmanagementbeauftragte Endo-Prothetik-Zentrum (EPZ)
A-12.5.2. Vorsitz der Arzneimittelkommission Frau Dr. med. Anne-Grit Bialojan

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Geschäftsführer, Ärztliche Direktorin, Pflegedienstleitung, Fachabteilungen

Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

A-12.2.2 Lenkungsgremium

- Regelmäßig stattfindende M&M-Konferenzen (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz). Teilnehmerkreis: Ärztl. Dienst / Pflegerischer Dienst
- Regelmäßig stattfindende Hygienekommissionssitzungen. Teilnehmerkreis: Geschäftsführung / Ärztl. Dienst / Pflegerischer Dienst / Versorgungsdienst
- Arbeitssicherheitsausschuss-Sitzungen

Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Tagungsfrequenz des Gremiums

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	INSTRUMENT BZW. MASSNAHME
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Das KMG Klinikum Pritzwalk hat im Berichtsjahr 2016 ein elektronisches Dokumentenlenkungssystem eingeführt, welches schrittweise auf alle Abteilungen des Klinikums ausgeweitet wird (VA_Dokumentenlenkung) Letzte Aktualisierung: 10.06.2016
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA_Notfallmanagement; VA_Notfallkoffer Letzte Aktualisierung: 29.07.2019
4	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept Schmerztherapie im KMG Klinikum Pritzwalk Letzte Aktualisierung: 18.05.2017
5	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA_Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 13.03.2019
6	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandards KMG Kliniken: A3.2 Expertenstandard Dekubitus A3.3 Dekubitusprophylaxe allgemein A3.4 Dekubitusbehandlung Grad I bis II A3.5 Dekubitusbehandlung Grad III bis IV Letzte Aktualisierung: 13.12.2018
7	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandards Letzte Aktualisierung: 03.03.2017
8	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept - Umgang mit Medizinprodukten: Informationsblatt zum Umgang mit Medizinprodukten in den KMG Kliniken; Zuständigkeit Abt. Medizintechnik KMG Kliniken plc.; Standardisierte Vorlagen zur Meldung von Störungen vorhanden; Geräteverantwortliche Mitarbeiter in den Abteilungen benannt Letzte Aktualisierung: 28.04.2020
9	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

Instrumente und Maßnahmen

#	INSTRUMENT BZW. MASSNAHME
10	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA_Sicherheitscheckliste OP; CL_Checkliste zur präoperativen Erfassung des cardiopulmonalen Risikos; QM-HB Transfusionsmedizin der KMG Mitte GmbH Letzte Aktualisierung: 04.10.2017
12	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: präoperative Fallbesprechungen mit Hauptoperateur, weitere Operateure, Anästhesist, ggf. Radiologe, ggf. Mikrobiologe; VA_institutionalisierte Besprechung EPZ; CL_Sicherheitscheckliste OP Letzte Aktualisierung: 10.01.2018
13	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA_Identifikation von Patienten und Proben Letzte Aktualisierung: 02.03.2017
14	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA_Anästhesie und Aufwachraum; Konzept Schmerztherapie (Kapitel 3 - Methoden der postoperativen Schmerztherapie) Letzte Aktualisierung: 11.03.2020
15	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept Schmerztherapie / Kapitel 6 Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 02.11.2017
16	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

☒ Tumorkonferenzen
☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☐ Pathologiebesprechungen
☒ Palliativbesprechungen
☒ Qualitätszirkel
☒ Andere: Qualitätszirkel EPZ

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 <i>Letzte Aktualisierung: 09.11.2016</i>
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Frequenz: bei Bedarf</i>
3	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Frequenz: bei Bedarf</i>

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums

bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Aktualisierung der VA_Critical-Incidents-Reporting CIRS am 09.11.2016 erfolgt

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, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums

quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)

1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben

Nein

Anzahl (in Personen)

1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben

Nein

Anzahl (in Personen)

2

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben

Nein

Anzahl (in Personen)

12

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission

halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefärztin / Ärztliche Direktorin

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Anne-Grit Bialojan

Telefon

03395685292

Fax

03395685291

E-Mail

A.Bialojan@kmg-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl

Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl

Ja

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

Auswahl

Ja

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

Auswahl

Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen 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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	OPTION	AUSWAHL
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion**Allgemeinstationen**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja
--	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	28,57
---	-------

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja
---	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	113,76
--	--------

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

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

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)**Umgang mit Patienten mit MRE (1)**

#	OPTION	AUSWAHL
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass	

2	strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
---	---	----

Umgang mit Patienten mit MRE (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 <i>Teilnahme bereits seit 2008</i>
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>Pflichtthema - fester Bestandteil des Fortbildungskalenders</i>
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>Jährliche Revalidierung der maschinellen Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zentralsterilisationsabteilung</i>
4	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE Netzwerk Ostprignitz-Ruppin</i>
5	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) <i>Teilnahme ASH: Zertifikat Bronze</i>

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

☐	AMBU-KISS
☒	CDAD-KISS
☒	HAND-KISS
☐	DAS-KISS
☒	MRSA-KISS

☐ NEO-KISS
☐ ONKO-KISS
☒ OP-KISS
☐ STATIONS-KISS
☐ SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>Ansprechpartner für Beschwerden ist der Geschäftsführer in Zusammenarbeit mit dem QMB.</i>
2	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>Wahrnehmung der Aufgabe durch den Sozialdienst.</i>
3	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <i>Für anonyme Eingaben von Beschwerden steht das Formular FM_Beschwerde zur Verfügung.</i>
4	Patientenbefragungen	Ja <i>Fragebögen werden bei der Aufnahme dem Patienten ausgehändigt.</i>
5	Einweiserbefragungen	Ja
6	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja <i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement (06/2016)</i>
7	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja <i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement (06/2016)</i>
8	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja <i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement (06/2016)</i>
9	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement (06/2016)</i>

Lob- und Beschwerdemanagement

#	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
10	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja <i>Entsprechend der VA_Beschwerdemanagement (06/2016) sind eingehende Beschwerden umgehend von der entgegennehmenden Person zu bearbeiten und ggf. der Vorgesetzte zu informieren.</i>

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Jannis Fey
Telefon	03395685114
Fax	03395685129
E-Mail	J.Fey@kmg-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Besetzung der Position in Bearbeitung
Titel, Vorname, Name	n.N. n.N.
Telefon	033956850
Fax	03395685129
E-Mail	Pritzwalk@kmg-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium**Verantwortliches Gremium**

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

Details

Name des Gremiums Arbeitsgruppe	Arzneimittelkommission
Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Apotheker, Hygiene, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Geschäftsführung, Medizincontrolling

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?

ja – entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax
E-Mail

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	INSTRUMENT BZW. MASSNAHME
1	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
2	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
3	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
4	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	INSTRUMENT BZW. MASSNAHME
7	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Das KMG Klinikum Pritzwalk hat im Berichtsjahr 2016 ein elektronisches Dokumentenlenkungssystem eingeführt, welches schrittweise auf alle Abteilungen des Klinikums ausgeweitet wird (VA_Dokumentenlenkung) Letzte Aktualisierung: 10.06.2016
8	AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Das KMG Klinikum Pritzwalk hat im Berichtsjahr 2016 ein elektronisches Dokumentenlenkungssystem eingeführt, welches schrittweise auf alle Abteilungen des Klinikums ausgeweitet wird (VA_Dokumentenlenkung) Letzte Aktualisierung: 10.06.2016
9	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- ☒ Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- ☒ Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- ☒ Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- ☐ Sonstiges

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

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

☐ andere Maßnahme

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	GERÄTENUMMER	24H VERFÜGBAR
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
2	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) z.B. Hämofiltration, Dialyse</i>
3	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder</i>
4	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Trifft nicht zu <i>Harnflussmessung</i>
5	AA23 - Mammographiegerät	Trifft nicht zu <i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i>
6	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Trifft nicht zu <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i>

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA

gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Erläuterungen

Stufen der Notfallversorgung

☒ Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

☐ Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

☐ Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

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.

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

Umstand

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3

Umstand

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 1

☐ SN01: Notfallversorgung Kinder (Basis)

☐ SN02: Notfallversorgung Kinder (erweitert)

☐ SN03: Notfallversorgung Kinder (umfassend)

- ☐ SN04: Schwerverletztenversorgung
- ☐ SN05: Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)
- ☐ SN06: Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 2

- ☐ SN01: Notfallversorgung Kinder (Basis)
- ☐ SN02: Notfallversorgung Kinder (erweitert)
- ☐ SN03: Notfallversorgung Kinder (umfassend)
- ☐ SN04: Schwerverletztenversorgung
- ☐ SN05: Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)
- ☐ SN06: Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 3

- ☐ SN01: Notfallversorgung Kinder (Basis)
- ☐ SN02: Notfallversorgung Kinder (erweitert)
- ☐ SN03: Notfallversorgung Kinder (umfassend)
- ☐ SN04: Schwerverletztenversorgung
- ☐ SN05: Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)
- ☐ SN06: Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt

- keine Antwort -

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt

Angabe

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 eingerichtet wurde.

Nein

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

Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[PKGERI] Klinik für Geriatrie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Geriatrie

B-[PKGERI].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	0200 - Geriatrie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin, Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395685290
Fax	03395685291
E-Mail	A.Bialojan@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax
E-Mail
Strasse
Hausnummer
PLZ
Ort
URL

B-[PKGERI].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

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
2	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen <i>Psychologisches Assessment</i>
3	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes <i>Spirometrie, Langzeit-EKG, Langzeit-RR</i>
5	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>Diabetes- und Ernährungsberatung</i>

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
6	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Spirometrie, BGA</i>
7	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>Kooperation mit MVZ Pritzwalk</i>
8	VR16 - Phlebographie <i>Kooperation mit MVZ Pritzwalk</i>
9	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Kooperation mit MVZ Pritzwalk</i>
10	VR44 - Teleradiologie <i>Kooperation mit MVZ Pritzwalk</i>
11	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung <i>Kooperation mit MVZ Pritzwalk</i>
12	VR15 - Arteriographie <i>Kooperation mit MVZ Pritzwalk</i>
13	VI38 - Palliativmedizin
14	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas <i>Sonographie, ERCP in Kooperation innerhalb KMG Klinikum Mitte GmbH</i>
15	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Kooperation mit MVZ Pritzwalk</i>
16	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel <i>Kooperation mit MVZ Pritzwalk</i>
17	VR10 - Computertomographie (CT), nativ <i>Kooperation mit MVZ Pritzwalk</i>
18	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Gastroskopie, Coloskopie</i>
19	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Langzeit-EKG, Monitor</i>
20	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <i>Sonographie, CT, Labor</i>
21	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
22	VI35 - Endoskopie

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
23	VI20 - Intensivmedizin <i>Ein ausgewiesenes geriatrisches Intensivbett.</i>
24	VR02 - Native Sonographie
25	VR04 - Duplexsonographie
26	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Kooperation mit KMG Klinikum Wittstock</i>
27	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
28	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
29	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
30	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
31	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
32	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
33	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
34	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
35	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
36	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
37	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
38	VI39 - Physikalische Therapie
39	VI40 - Schmerztherapie
40	VI42 - Transfusionsmedizin
41	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
42	VI44 - Geriatrische Tagesklinik
43	VC71 - Notfallmedizin
44	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
45	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
46	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
47	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
48	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
49	VN23 - Schmerztherapie
50	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
51	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
52	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
53	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
54	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
55	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
56	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
57	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
58	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
59	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
60	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz

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

Vollstationäre Fallzahl	926
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	

B-[PKGERI].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	44
2	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	43
3	E86	Volumenmangel	31
4	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	23
5	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	22
6	S06.0	Gehirnerschütterung	21
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	18
8	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	17
9	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	17
10	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	14

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	M54.4	Lumboischialgie	14
12	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	13
13	J96.90	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxisch]	13
14	S32.5	Fraktur des Os pubis	12
15	S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	12
16	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	11
17	R55	Synkope und Kollaps	11
18	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	11
19	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	11
20	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	11
21	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	10
22	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	9
23	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	9
24	S70.0	Prellung der Hüfte	9
25	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	9
26	S80.0	Prellung des Knies	9
27	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	8
28	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	8
29	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8
30	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	8

B-[PKGERI].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	129
2	I50	Herzinsuffizienz	73
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	37
4	I63	Hirnfarkt	34
5	S06	Intrakranielle Verletzung	33

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	31
7	E86	Volumenmangel	31
8	M54	Rückenschmerzen	21
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	20
10	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	13

B-[PKGERI].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-CODE	NAME	FALLZAHL
---	------------	------	----------

B-[PKGERI].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	679
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	161
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	157
4	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	132
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	112
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	91
7	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	76
8	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	37
9	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	31
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	31
11	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	30
12	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit:	29

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
		Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	
13	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	25
14	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	21
15	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	19
16	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	17
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	17
18	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	17
19	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	16
20	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	14
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	14
22	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	13
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	13
24	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	11
25	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	10
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	9
27	3-202	Native Computertomographie des Thorax	9
28	1-632.y	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: N.n.bez.	8
29	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	8
30	1-632.x	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Sonstige	8

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	848
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	49
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	16
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	13
5	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	12

B-[PKGERI].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-CODE	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------------------	----------

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

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

B-[PKGERI].11 Personelle Ausstattung

B-[PKGERI].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	6,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3,3
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	6,52
Fälle je Vollkraft	142,02
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3,3
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,35
Fälle je Vollkraft	212,87

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

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
1	AQ23 - Innere Medizin <i>Innere Medizin und Allgemein Medizin, Innere Medizin und Geriatrie</i>
2	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
3	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKGERI].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
5	ZF52 - Ernährungsmedizin

B-[PKGERI].11.2 Pflegepersonal**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten**

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
--	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	23,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	23,14
Fälle je Vollkraft	40,02

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Fälle je Vollkraft	926

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	6,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	6,5
Fälle je Vollkraft	142,46

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,4

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,4
Fälle je Vollkraft	661,43

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

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

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

#	ZUSATZQUALIFIKATION
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
	ZP07 - Geriatrie
2	<i>strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang mind. 180 Stunden vorhanden</i>
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP02 - Bobath
6	ZP03 - Diabetes
7	ZP20 - Palliative Care
8	ZP08 - Kinästhetik
9	ZP09 - Kontinenzmanagement
10	ZP19 - Sturzmanagement

B-[PKGERI].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in

Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz -

PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKGERITK] Geriatrie Tagesklinik

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrie Tagesklinik

B-[PKGERITK].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	0260 - Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

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

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin, Chefarztin Geriatrie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395685290
Fax	03395685280
E-Mail	A.Bialojan@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2 A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax
E-Mail

Strasse
Hausnummer
PLZ
Ort
URL

B-[PKGERITK].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

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
2	VD20 - Wundheilungsstörungen
3	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
4	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
5	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
6	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
7	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
9	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
10	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
11	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
12	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
13	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
14	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
16	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
17	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
18	VI35 - Endoskopie
19	VI39 - Physikalische Therapie
20	VI40 - Schmerztherapie
21	VI44 - Geriatrische Tagesklinik
22	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
23	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
24	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
25	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
26	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
27	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
28	VN23 - Schmerztherapie
29	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
30	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
31	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
32	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
33	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
34	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
35	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
36	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
37	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
38	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
39	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
40	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
41	VR02 - Native Sonographie

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
42	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
43	VR04 - Duplexsonographie
44	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	78

B-[PKGERITK].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------------	-----------------	----------

B-[PKGERITK].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------------------	----------

B-[PKGERITK].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-CODE	NAME	FALLZAHL
---	------------	------	----------

B-[PKGERITK].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	806
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	29
3	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	28
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	19

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	7
6	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	5
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
8	8-98a.11	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	< 4
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	807

B-[PKGERITK].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-CODE	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

B-[PKGERITK].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	ART DER AMBULANZ	BEZEICHNUNG DER AMBULANZ
---	------------------	--------------------------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------------------	----------

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

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

B-[PKGERITK].11 Personelle Ausstattung

B-[PKGERITK].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Fälle je Vollkraft	0

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

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
3	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKGERITK].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
5	ZF52 - Ernährungsmedizin

B-[PKGERITK].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	0
--	---

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

#	ZUSATZQUALIFIKATION
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
	ZP07 - Geriatrie
2	<i>strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang mind. 180 Stunden vorhanden</i>
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP02 - Bobath
6	ZP03 - Diabetes
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP09 - Kontinenzmanagement
9	ZP19 - Sturzmanagement
10	ZP20 - Palliative Care

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKTRA] Klinik für Unfallchirurgie und Fußchirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Unfallchirurgie und Fußchirurgie

B-[PKTRA].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Metzner
Telefon	03395685201
Fax	03395685211
E-Mail	M.Metzner@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax
E-Mail

Strasse
Hausnummer
PLZ
Ort
URL

B-[PKTRA].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

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
2	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
3	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
4	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
5	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
6	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
7	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
8	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
9	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
10	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
11	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
12	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
13	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
14	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
15	VO15 - Fußchirurgie
16	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
17	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
18	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
19	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
20	VC71 - Notfallmedizin
21	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
22	VC66 - Arthroskopische Operationen
23	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
24	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
25	VO13 - Spezialsprechstunde <i>BG-Sprechstunde, Schultersprechstunde, Fußsprechstunde, Sprechstunde Endoprothetik</i>
26	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
27	VC58 - Spezialsprechstunde <i>BG-Sprechstunde, Schultersprechstunde, Fußsprechstunde, Sprechstunde Endoprothetik</i>
28	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
29	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
30	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
31	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
32	VO21 - Traumatologie
33	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
34	VC30 - Septische Knochenchirurgie
35	VC69 - Verbrennungschirurgie
36	VO16 - Handchirurgie
37	VO14 - Endoprothetik
38	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
39	VR41 - Interventionelle Radiologie
40	VR44 - Teleradiologie
41	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
42	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
43	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
44	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
45	VR02 - Native Sonographie
46	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

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

Vollstationäre Fallzahl	1028
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	

B-[PKTRA].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	187
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	39
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	39
4	S20.2	Prellung des Thorax	31
5	M54.4	Lumboischialgie	29
6	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	21
7	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	20
8	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	16
9	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	16
10	A46	Erysipel [Wundrose]	14
11	M54.5	Kreuzschmerz	14
12	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	13
13	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	12
14	S70.0	Prellung der Hüfte	12
15	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	11
16	M20.1	Hallux valgus (erworben)	11

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	10
18	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	10
19	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	10
20	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	9
21	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	9
22	S80.0	Prellung des Knies	8
23	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	8
24	S83.6	Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Knies	8
25	S40.0	Prellung der Schulter und des Oberarmes	8
26	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	8
27	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	7
28	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	7
29	S22.32	Fraktur einer sonstigen Rippe	7
30	S43.01	Luxation des Humerus nach vorne	7

B-[PKTRA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Intrakranielle Verletzung	199
2	M54	Rückenschmerzen	52
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	43
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	37
5	S52	Fraktur des Unterarmes	36
6	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	35
7	L03	Phlegmone	34
8	M75	Schulterläsionen	21
9	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	13

10 M21

Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten

< 4

B-[PKTRA].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-CODE	NAME	FALLZAHL
---	------------	------	----------

B-[PKTRA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	144
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	128
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	127
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	126
5	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	95
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	77
7	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	75
8	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	70
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	69
10	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	60
11	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	57
12	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	51
13	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	48
14	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	48
15	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	39
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	33

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	32
18	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	32
19	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	29
20	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	29
21	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	28
22	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	27
23	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	27
24	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	26
25	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	24
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	22
27	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	21
28	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	20
29	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilyementiert)	19
30	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	16

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	76
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	74
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	69
4	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	63

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	57
6	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	47
7	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	46
8	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	44
9	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	43
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	38
11	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	31
12	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	29
13	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	27
14	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	25
15	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	23
16	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	23
17	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	21
18	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	21
19	5-786	Osteosyntheseverfahren	21
20	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	20
21	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	16
22	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	16
23	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	15
24	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	13
25	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	11
26	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	10
27	5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	9
28	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	9
29	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	9
30	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	8

B-[PKTRA].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-CODE	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

B-[PKTRA].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	ART DER AMBULANZ	BEZEICHNUNG DER AMBULANZ
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	<i>Ambulante Behandlung von Patienten mit Arbeitswege- bzw. Arbeitsunfallfolgen</i>
2	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	<i>Angebot Physiotherapeutischer Leistungen</i>
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Lokales Traumazentrum</i>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Pritzwalk- Praxis für Chirurgie <i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachrichtungen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.</i>

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

B-[PKTRA].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	38
2	5-780.6w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß	14
3	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	7
4	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	7
5	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	5
6	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	4
7	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	4
8	5-840.81	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Langfinger	4
9	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	< 4
10	5-852.9a	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Fuß	< 4
11	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	< 4
12	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	< 4
13	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	< 4
14	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	< 4
15	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	< 4
16	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	< 4
17	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
18	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	< 4
19	5-841.11	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Retinaculum flexorum	< 4
20	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	< 4
21	5-796.kb	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	< 4

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	< 4
23	5-850.6a	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Fuß	< 4
24	5-859.11	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Schulter und Axilla	< 4
25	5-844.33	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	< 4
26	5-850.63	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Unterarm	< 4
27	5-859.2a	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Fuß	< 4
28	5-843.6	Operationen an Muskeln der Hand: Naht	< 4
29	5-859.18	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie	< 4
30	5-859.23	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Unterarm	< 4

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	40
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	33
3	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	11
4	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	8
5	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	8
6	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	7
7	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	5
8	5-849	Andere Operationen an der Hand	4
9	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4
10	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4

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

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

B-[PKTRA].11 Personelle Ausstattung

B-[PKTRA].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	6,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,5
Personal in der stationären Versorgung	5,63
Fälle je Vollkraft	182,59
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	3,67
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,5
Personal in der stationären Versorgung	3,17
Fälle je Vollkraft	324,29

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

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

#	FACHARZTBEBEICHNUNGEN
3	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
4	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKTRA].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

B-[PKTRA].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
--	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	13,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	13,1
Fälle je Vollkraft	78,47

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,86
Fälle je Vollkraft	1195,35

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,82

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,82
Fälle je Vollkraft	1253,66

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,6
Fälle je Vollkraft	1713,33

B-[PKTRA].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	PQ12 - Notfallpflege
4	PQ13 - Hygienefachkraft
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	ZUSATZQUALIFIKATION
1	ZP19 - Sturzmanagement
2	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	ZP16 - Wundmanagement

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKVIS] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasiver Chirurgie

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

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

B-[PKVIS].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Cheförztn/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Arnd Müller
Telefon	033971642212
Fax	033971642211
E-Mail	Arnd.Mueller@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax

E-Mail
Strasse
Hausnummer
PLZ
Ort
URL

B-[PKVIS].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

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	VC21 - Endokrine Chirurgie
2	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
3	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
4	VC24 - Tumorchirurgie
5	VC71 - Notfallmedizin
6	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
7	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
8	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
9	VI35 - Endoskopie
10	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	VR41 - Interventionelle Radiologie
12	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
13	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
14	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
15	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
16	VR02 - Native Sonographie
17	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

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

Vollstationäre Fallzahl	883
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	

B-[PKVIS].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	82
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	49
3	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	36
4	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	32
5	K29.1	Sonstige akute Gastritis	29
6	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	29
7	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	24
8	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	22
9	L72.1	Trichilemmalzyste	19
10	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	18
11	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	17
12	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	15
13	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	15

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	14
15	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	14
16	N20.1	Ureterstein	13
17	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	12
18	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	11
19	K29.6	Sonstige Gastritis	10
20	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	9
21	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	8
22	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	8
23	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	7
24	K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	7
25	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	7
26	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	6
27	N20.0	Nierenstein	6
28	K51.5	Linksseitige Kolitis	6
29	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	6
30	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	6

B-[PKVIS].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	140
2	K40	Hernia inguinalis	60
3	K80	Cholelithiasis	59
4	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	51
5	K29	Gastritis und Duodenitis	46
6	K57	Divertikulose des Darmes	37
7	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	35

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	25
9	K35	Akute Appendizitis	23
10	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	6

B-[PKVIS].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-CODE	NAME	FALLZAHL
---	------------	------	----------

B-[PKVIS].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	222
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	84
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	79
4	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	79
5	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	75
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	72
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	71
8	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	69
9	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	66
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	46
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	41
12	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	39
13	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	37
14	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	37
		Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und	

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	5-932.43	Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm² bis unter 200 cm²	36
16	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	33
17	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	33
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	33
19	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	32
20	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	31
21	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	29
22	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	29
23	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	22
24	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	22
25	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	21
26	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	21
27	1-653	Diagnostische Proktoskopie	20
28	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	20
29	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	19
30	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	18

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-469	Andere Operationen am Darm	96
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	79

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-511	Cholezystektomie	68
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	59
5	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	56
6	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	45
7	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	44
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	37
9	5-549	Andere Bauchoperationen	36
10	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	24
11	5-470	Appendektomie	24
12	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	23
13	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	22
14	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	21
15	5-916	Temporäre Weichteildeckung	21
16	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	21
17	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	20
18	1-653	Diagnostische Proktoskopie	20
19	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	20
20	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	18
21	5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	15
22	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	13
23	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	12
24	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	11
25	1-654	Diagnostische Rektoskopie	11
26	5-454	Resektion des Dünndarmes	10
27	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	10
28	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	10
29	5-449	Andere Operationen am Magen	9
30	5-063	Thyreoidektomie	7

B-[PKVIS].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-CODE	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

B-[PKVIS].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	ART DER AMBULANZ	BEZEICHNUNG DER AMBULANZ
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Pritzwalk <i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin</i>

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650.1		332
2	1-650.2		16
3	5-399.5		8
4	5-399.7		5
5	5-534.1		4
6	5-530.33		< 4
7	5-401.50		< 4

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	1-652.1		< 4
9	5-492.00		< 4
10	1-650.0		< 4
11	5-493.20		< 4

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	349
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	13
3	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	4
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
5	1-652	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma	< 4
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
7	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
8	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4

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

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

B-[PKVIS].11 Personelle Ausstattung

B-[PKVIS].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,13
Personal in der ambulanten Versorgung	1
Personal in der stationären Versorgung	3,85
Fälle je Vollkraft	229,35
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,13
Personal in der ambulanten Versorgung	1
Personal in der stationären Versorgung	3,85
Fälle je Vollkraft	229,35

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

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ07 - Gefäßchirurgie
4	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
5	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKVIS].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

B-[PKVIS].11.2 Pflegepersonal**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten**

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
--	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	8,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,27
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	8,27
Fälle je Vollkraft	106,77

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,52
Fälle je Vollkraft	1698,08

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,14
Fälle je Vollkraft	774,56

B-[PKVIS].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	PQ12 - Notfallpflege
4	PQ13 - Hygienefachkraft
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	ZUSATZQUALIFIKATION
1	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	ZP15 - Stomamanagement
3	ZP16 - Wundmanagement

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKGEF] Zentrum für Gefäßchirurgie Nordbrandenburg

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Gefäßchirurgie Nordbrandenburg

B-[PKGEF].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Olaf Hinze
Telefon	03395685206
Fax	03395685205
E-Mail	O.Hinze@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax
E-Mail

Strasse
Hausnummer
PLZ
Ort
URL

B-[PKGEF].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

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
2	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
3	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
4	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
5	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
6	VC62 - Portimplantation
7	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
8	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
9	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
10	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	VR41 - Interventionelle Radiologie
12	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
13	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
14	VR15 - Arteriographie
15	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
16	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
17	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie

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

Vollstationäre Fallzahl	273
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	

B-[PKGEF].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	49
2	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	31
3	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	25
4	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	22
5	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	15
6	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	12
7	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	11
8	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	10
9	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	9
10	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	8
11	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	6
12	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	6

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	6
14	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	5
15	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	4
16	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	< 4
17	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	< 4
18	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	< 4
19	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
20	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	< 4
21	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
22	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	< 4
23	E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	< 4
24	E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	< 4
25	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
26	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	< 4
27	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	< 4
29	S55.1	Verletzung der A. radialis in Höhe des Unterarmes	< 4
30	A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	< 4

B-[PKGEF].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	100
2	I83	Varizen der unteren Extremitäten	62

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	22
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	19
5	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	15
6	N18	Chronische Nierenkrankheit	12
7	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	7
8	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
9	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	< 4

B-[PKGEF].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-CODE	NAME	FALLZAHL
---	------------	------	----------

B-[PKGEF].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	102
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	62
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	53
4	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	53
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	53
6	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	46
7	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	44
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	43
9	5-983	Reoperation	42
10	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	34

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	33
12	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	28
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	26
14	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	23
15	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	22
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	21
17	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	21
18	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	20
19	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	20
20	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	19
21	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	19
22	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	19
23	5-392.4	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Temporärer Shunt (intraoperativ)	15
24	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	15
25	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	14
26	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	14
27	5-395.70	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	14
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	14
29	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	13
30	3-200	Native Computertomographie des Schädels	13

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-381	Endarteriektomie	93
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	92
3	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	54
4	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	53
5	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	48
6	5-983	Reoperation	42
7	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	35
8	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	29
9	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	13
10	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	9
11	5-866	Revision eines Amputationsgebietes	9
12	5-382	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung	8
13	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5
14	5-389	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen	4
15	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4
16	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4

B-[PKGEF].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-CODE	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

B-[PKGEF].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	

#	ART DER AMBULANZ	BEZEICHNUNG DER AMBULANZ
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Pritzwalk <i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.</i>

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385.70		27
2	5-385.96		6
3	5-385.80		< 4
4	5-385.4		< 4

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	36

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

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

B-[PKGEF].11 Personelle Ausstattung

B-[PKGEF].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,14
Personal in der stationären Versorgung	3,92
Fälle je Vollkraft	69,64
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	3,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,14
Personal in der stationären Versorgung	2,92
Fälle je Vollkraft	93,49

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

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
1	AQ07 - Gefäßchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
4	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKGEF].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	ZF31 - Phlebologie

B-[PKGEF].11.2 Pflegepersonal**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten**

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
--	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKGEF].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	PQ12 - Notfallpflege
4	PQ13 - Hygienefachkraft
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	ZUSATZQUALIFIKATION
1	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	ZP06 - Ernährungsmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKPLA] Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie

B-[PKPLA].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Aykut Yilmaz
Telefon	03395685601
Fax	03395685607
E-Mail	A.Yilmaz@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax

E-Mail
Strasse
Hausnummer
PLZ
Ort
URL

B-[PKPLA].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

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
2	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
3	VC69 - Verbrennungschirurgie
4	VI20 - Intensivmedizin
5	VC58 - Spezialsprechstunde
6	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
7	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
8	VD12 - Dermatochirurgie
9	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
10	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
11	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
12	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
13	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
14	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

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

Vollstationäre Fallzahl	54
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	

B-[PKPLA].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	7
2	L72.1	Trichilemmalzyste	< 4
3	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
4	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	< 4
5	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
6	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	< 4
7	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	< 4
8	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	< 4
9	L03.2	Phlegmone im Gesicht	< 4
10	L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	< 4
11	D48.5	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Haut	< 4
12	L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
13	S80.88	Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Sonstige	< 4
14	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
15	T89.03	Komplikationen einer offenen Wunde: Sonstige	< 4
16	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	L82	Seborrhoische Keratose	< 4
18	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	< 4
19	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	< 4
20	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
21	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
22	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	< 4
23	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	< 4
24	J86.0	Pyothorax mit Fistel	< 4
25	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	< 4
26	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	< 4
27	S06.0	Gehirnerschütterung	< 4
28	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
29	L91.0	Hypertrophe Narbe	< 4
30	E66.82	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	< 4

B-[PKPLA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	12
2	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	9
3	L03	Phlegmone	5
4	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
5	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
6	D48	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
7	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
8	L73	Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	< 4

B-[PKPLA].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-CODE	NAME	FALLZAHL
---	------------	------	----------

B-[PKPLA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	43
2	5-896.1d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	42
3	5-850.d7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	34
4	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	30
5	5-850.b7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	18
6	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	16
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	13
8	5-901.0e	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle: Spalthaut: Oberschenkel und Knie	12
9	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	11
10	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	11
11	5-896.1a	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken	8
12	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	7
13	5-857.67	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	7
14	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	6
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	6

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	5
17	5-850.d9	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel	5
18	8-390.0	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Spezialbett	5
19	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	5
20	5-896.1c	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion	4
21	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	4
22	5-896.14	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Sonstige Teile Kopf	4
23	5-830.0	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Debridement	4
24	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	4
25	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	4
26	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	4
27	5-896.2d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Gesäß	4
28	5-850.da	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Fuß	4
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	4
30	5-896.2f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Unterschenkel	< 4

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	97
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	82
3	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	75
4	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	18
5	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	18
6	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	14
7	5-901	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	13
8	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	12
9	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
10	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	< 4
11	5-097	Blepharoplastik	< 4
12	5-907	Revision einer Hautplastik	< 4
13	5-923	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen	< 4
14	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
15	5-182	Resektion der Ohrmuschel	< 4
16	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	< 4
17	5-099	Andere Operationen am Augenlid	< 4

B-[PKPLA].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-CODE	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

B-[PKPLA].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	ART DER AMBULANZ	BEZEICHNUNG DER AMBULANZ
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

#	ART DER AMBULANZ	BEZEICHNUNG DER AMBULANZ
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Pritzwalk <i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.</i>
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-895.30		< 4
2	5-902.64		< 4
3	5-217.0		< 4
4	5-849.0		< 4

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
2	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
3	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	< 4
4	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4

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

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

B-[PKPLA].11 Personelle Ausstattung

B-[PKPLA].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	2,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,92
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,74
Fälle je Vollkraft	19,71
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,92
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,27
Fälle je Vollkraft	42,52

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

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
1	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
3	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
4	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKPLA].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
---	----------------------

B-[PKPLA].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
--	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKPLA].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	PQ12 - Notfallpflege
4	PQ13 - Hygienefachkraft
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	ZUSATZQUALIFIKATION
1	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	ZP06 - Ernährungsmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKGYN] Klinik für Gynäkologie

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Gynäkologie

B-[PKGYN].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax
E-Mail
Strasse
Hausnummer
PLZ
Ort
URL

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung der Klinik für Gynäkologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marita Becker
Telefon	03395685552
Fax	03395685403
E-Mail	M.Becker@kmg-kliniken.de

Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2 a
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	

B-[PKGYN].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

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	VG05 - Endoskopische Operationen
2	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
3	VG07 - Inkontinenzchirurgie
4	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
5	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
6	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
7	VG16 - Urogynäkologie
8	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
9	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
10	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
11	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
12	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
13	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
14	VG15 - Spezialsprechstunde
15	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie

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

Vollstationäre Fallzahl	60
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	

B-[PKGYN].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	14
2	N81.1	Zystozele	10
3	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	8
4	N73.6	Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken	< 4
5	N83.5	Torsion des Ovars, des Ovarstieles und der Tuba uterina	< 4
6	N83.1	Zyste des Corpus luteum	< 4
7	N80.0	Endometriose des Uterus	< 4
8	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	< 4
9	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	< 4
10	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	< 4
11	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	< 4
12	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	< 4
13	O04.8	Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplet oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen	< 4
14	N95.0	Postmenopausenblutung	< 4
15	N89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	< 4

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	N87.2	Hochgradige Dysplasie der Cervix uteri, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	N83.8	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	< 4
18	N70.1	Chronische Salpingitis und Oophoritis	< 4
19	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	< 4
20	N71.0	Akute entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix	< 4
21	N81.5	Vaginale Enterozele	< 4
22	D07.3	Carcinoma in situ: Sonstige und nicht näher bezeichnete weibliche Genitalorgane	< 4

B-[PKGYN].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N81	Genitalprolaps bei der Frau	21
2	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	14
3	D25	Leiomyom des Uterus	5
4	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
6	N70	Salpingitis und Oophoritis	< 4

B-[PKGYN].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-CODE	NAME	FALLZAHL
---	------------	------	----------

B-[PKGYN].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	23
2	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	22
3	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	18
4	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	16
5	5-592	Raffung des urethrovesikalen Überganges	14
6	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	4
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	4
8	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
9	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	< 4
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
11	5-658.6	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens	< 4
12	5-695.03	Rekonstruktion des Uterus: Naht (nach Verletzung): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	< 4
13	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	< 4
14	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	< 4
15	5-659.22	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
16	5-657.x2	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
17	5-665.42	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
18	5-469.22	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	< 4
19	5-469.11	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Laparoskopisch	< 4

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
21	5-651.93	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	< 4
22	5-932.70	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit sonstiger Beschichtung: Weniger als 10 cm ²	< 4
23	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
25	5-932.40	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: Weniger als 10 cm ²	< 4
26	5-683.20	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Offen chirurgisch (abdominal)	< 4
27	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
28	5-661.63	Salpingektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	< 4
29	5-660.4	Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
30	5-657.82	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	47
2	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	20
3	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	17
4	5-592	Raffung des urethrovessikalen Überganges	14
5	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	5
6	5-695	Rekonstruktion des Uterus	< 4
7	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
8	5-658	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	< 4

B-[PKGYN].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-CODE	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

B-[PKGYN].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	MVZ Pritzwalk <i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.</i>
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
1	MVZ Pritzwalk	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
2	MVZ Pritzwalk	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
3	MVZ Pritzwalk	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
4	MVZ Pritzwalk	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
5	MVZ Pritzwalk	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
6	MVZ Pritzwalk	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
7	MVZ Pritzwalk	VG16 - Urogynäkologie

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	74
2	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	12
3	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7
4	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	6
5	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	4
6	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	4
7	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem	4

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
		Gewebe des Douglasraumes	
8	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	< 4
9	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	< 4
10	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
11	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
12	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	< 4

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	74
2	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	12
3	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	7
4	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7
5	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	6
6	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	5
7	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	4
8	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	< 4
9	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
10	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4

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

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

B-[PKGYN].11 Personelle Ausstattung

B-[PKGYN].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	1
Fälle je Vollkraft	60

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

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
3	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKGYN].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
---	----------------------

B-[PKGYN].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
--	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31.

Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKGYN].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	PQ12 - Notfallpflege
4	PQ13 - Hygienefachkraft
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

B-[PKGYN].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –

Zusatzqualifikation

#	ZUSATZQUALIFIKATION
1	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	ZP16 - Wundmanagement

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKAUG] Klinik für Ophthalmologie

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Ophthalmologie

B-[PKAUG].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	2700 - Augenheilkunde

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

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax
E-Mail
Strasse
Hausnummer
PLZ
Ort
URL

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt Augenheilkunde
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Bull
Telefon	033983760
Fax	03398376119
E-Mail	info@augenklinik-grosspankow.de

Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2 a
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	

B-[PKAUG].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

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
2	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
3	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
4	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
5	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
6	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
7	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
8	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

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

Vollstationäre Fallzahl	4
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	

B-[PKAUG].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	< 4
2	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	< 4
3	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	< 4

B-[PKAUG].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H40	Glaukom	< 4
2	H25	Cataracta senilis	< 4

B-[PKAUG].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-CODE	NAME	FALLZAHL
---	------------	------	----------

B-[PKAUG].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	< 4
2	5-134.2	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Viskokanaloplastik	< 4
3	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	< 4

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	< 4
2	5-134	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen	< 4

B-[PKAUG].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-CODE	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

B-[PKAUG].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	ART DER AMBULANZ	BEZEICHNUNG DER AMBULANZ
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Augen-Tagesklinik Groß Pankow MVZ GbR <i>ambulante Behandlung ophtalmologischer Erkrankungen, poststationäre Nachsorge</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------------------	----------

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

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

B-[PKAUG].11 Personelle Ausstattung

B-[PKAUG].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	1
Fälle je Vollkraft	4

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

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
1	AQ04 - Augenheilkunde
2	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
3	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKAUG].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
---	----------------------

B-[PKAUG].11.2 Pflegepersonal**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten**

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
--	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

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

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

#	ZUSATZQUALIFIKATION
---	---------------------

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[PKANÄS] Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-[PKANÄS].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	3600 - Intensivmedizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dirk Mielke
Telefon	03395685600
Fax	03395685607
E-Mail	d.mielke@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt
Titel, Vorname, Name
Telefon
Fax
E-Mail

Strasse
Hausnummer
PLZ
Ort
URL

B-[PKANÄS].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

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	VX00 - („Sonstiges“): Notfallmedizin
2	VX00 - („Sonstiges“): Intensivmedizin
3	VX00 - („Sonstiges“): Transfusionsmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	

B-[PKANÄS].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-ZIFFER	ICD-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------------	-----------------	----------

B-[PKANÄS].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------------------	----------

B-[PKANÄS].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-CODE	NAME	FALLZAHL
---	------------	------	----------

B-[PKANÄS].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS CODE (N-STELLIG)	OPS-BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	----------------------	-----------------	----------

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------------------	----------

B-[PKANÄS].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-CODE	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	AMBULANZ	LEISTUNG
---	----------	----------

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

#	OPS-ZIFFER	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------	----------

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

#	OPS-4-CODE	UMGANGSSPR. BEZEICHNUNG	FALLZAHL
---	------------	-------------------------	----------

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

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

B-[PKANÄS].11 Personelle Ausstattung**B-[PKANÄS].11.1 Ärzte und Ärztinnen****Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Anzahl (in Vollkräften)	7,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,33

Personal in der ambulanten Versorgung	0,5
Personal in der stationären Versorgung	7,06
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	5,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,33
Personal in der ambulanten Versorgung	0,5
Personal in der stationären Versorgung	4,57
Fälle je Vollkraft	0

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

#	FACHARZTBEZEICHNUNGEN
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
3	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKANÄS].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF15 - Intensivmedizin

B-[PKANÄS].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
--	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	13,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	13,42
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

#	ANERKANNT FACHWEITERBILDUNG / ZUSÄTZLICHER AKADEMISCHER ABSCHLUSS
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

#	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNG / ZUSÄTZLICHER AKADEMISCHER ABSCHLUSS
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ12 - Notfallpflege
5	PQ13 - Hygienefachkraft
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	ZUSATZQUALIFIKATION
1	ZP15 - Stomamanagement
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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	88
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	46
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

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

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

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	48
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0

Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet
-----------------------	---

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet

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

Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	20
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	20
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	25
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	25
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur

Fallzahl	52
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	41
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	252
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	136
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

HCH - Herzchirurgie

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

HCH_AK_CHIR - Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

HCH_AK_KATH - Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	

Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

HCH_KC - Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	283
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	87
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	269
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	80
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	17
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet

HTXM - Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

HTXM_MKU - Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

HTXM_TX - Zählleistungsbereich Herztransplantation

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	233
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	50
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	222
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	50
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	11
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

LLS - Leberlebendspende

Fallzahl	0
----------	---

Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

LTX - Lebertransplantation

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

LUTX - Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

NEO - Neonatologie

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

NLS - Nierenlebendspende

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	1269
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14

Kommentar Krankenhaus

Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl

283

Dokumentationsrate

100

Anzahl Datensätze Standort

4

Kommentar Krankenhaus

Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet

PNTX - Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation

Fallzahl

0

Dokumentationsrate

Anzahl Datensätze Standort

0

Kommentar Krankenhaus

In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID**2005**

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,13
Vertrauensbereich bundesweit	99,09 - 99,16
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,16
Vertrauensbereich bundesweit	99,13 - 99,20
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,44
Vertrauensbereich bundesweit	98,24 - 98,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,85 - 98,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Be

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,89 - 99,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit

%

Bundesergebnis

97,81

Vertrauensbereich bundesweit

97,41 - 98,15

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

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

Ergebnis-ID**2009**

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	90,98
Vertrauensbereich bundesweit	90,82 - 91,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
8. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	66,88
Vertrauensbereich bundesweit	66,70 - 67,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	92,29 - 92,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,77
Vertrauensbereich bundesweit	92,56 - 92,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,55
Vertrauensbereich bundesweit	96,47 - 96,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
12. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	232005_2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,74
Vertrauensbereich bundesweit	95,61 - 95,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,78
Vertrauensbereich bundesweit	98,74 - 98,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	232006_2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,58 - 98,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

16. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02

Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 3,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

17. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 2,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	231900
-------------	--------

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	17,66
Vertrauensbereich bundesweit	17,46 - 17,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

19. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,18
Vertrauensbereich bundesweit	18,04 - 18,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,72
Vertrauensbereich bundesweit	96,66 - 96,78
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,66
Vertrauensbereich bundesweit	96,57 - 96,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rö

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,72 - 1,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3109
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	23,56
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,28 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

23. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,33 - 0,34
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,55 - 1,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3109
Beobachtete Ereignisse	25

24. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gew

Ergebnis-ID	521801
-------------	--------

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3109
Beobachtete Ereignisse	0

25. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Kei ner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3109
Beobachtete Ereignisse	0

26. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3109
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
27. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der	
Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,39
Vertrauensbereich bundesweit	6,97 - 7,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

30. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,08
Vertrauensbereich bundesweit	9,83 - 12,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

31. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit

%

Bundesergebnis

13,17

Vertrauensbereich bundesweit

12,08 - 14,34

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

32. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID**60685**

Leistungsbereich

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

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel
Einheit	%
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,81
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,88
Vertrauensbereich bundesweit	18,16 - 19,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 43,52 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	89,00
Vertrauensbereich bundesweit	88,68 - 89,31
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,19 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	13
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 75,40 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter	
Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,30
Vertrauensbereich bundesweit	3,19 - 3,42
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,65
Vertrauensbereich bundesweit	97,57 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	44
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54002
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,06
Vertrauensbereich bundesweit	91,65 - 92,45
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	8,82
Vertrauensbereich bundesweit	8,60 - 9,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,09
Vertrauensbereich bundesweit	97,01 - 97,17
Rechnerisches Ergebnis	97,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,40 - 99,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	40
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
40. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk ei	
Ergebnis-ID	54015

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	1,08
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,39 - 1,50
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,67 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,48
Vertrauensbereich bundesweit	7,08 - 7,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 19,43 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,69
Vertrauensbereich bundesweit	4,53 - 4,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,31
Vertrauensbereich bundesweit	2,24 - 2,38

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

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,59 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjaar	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjaar	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,73
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

**46. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehl-
lage, periprotetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhängen
(bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk o**

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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,27

**47. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative
Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder
Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen**

Ergebnis-ID	191801_54120
-------------	--------------

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,49

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

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,56 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,64
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,39

51. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	9,11
Vertrauensbereich bundesweit	8,88 - 9,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

52. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54050
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,54
Vertrauensbereich bundesweit	97,40 - 97,67
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,20 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	24

Beobachtete Ereignisse	24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 1,26
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

54. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Kn

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,88 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei den

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,44
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,46 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

56. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,09

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,10
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,10

57. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	603
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,11
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,26
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,18 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19

Beobachtete Ereignisse	19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\geq 95,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,68
Vertrauensbereich bundesweit	99,53 - 99,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wu

Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,65
Vertrauensbereich bundesweit	4,52 - 12,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,67 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 23,26

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14

62. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei

Ergebnis-ID	605
-------------	-----

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,14 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0

63. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzt

Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,66
Vertrauensbereich bundesweit	1,12 - 2,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

64. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,75 - 3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

65. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,38
Vertrauensbereich bundesweit	96,74 - 97,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51443
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,27
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Pati

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	≤ 3,04 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der P

Ergebnis-ID	51865
-------------	-------

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

69. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Kathete

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,99
Vertrauensbereich bundesweit	1,51 - 2,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

70. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten K

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit

%

Bundesergebnis

2,93

Vertrauensbereich bundesweit

1,72 - 4,96

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

71. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vo

Ergebnis-ID**51860**

Leistungsbereich

KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	4,81
Vertrauensbereich bundesweit	3,99 - 5,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

72. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,70
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 4,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,97
Vertrauensbereich bundesweit	97,89 - 98,05
Rechnerisches Ergebnis	96,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,81 - 99,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	30
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,52
Vertrauensbereich bundesweit	97,31 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,19 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	13
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54022
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,75 - 92,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 86,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54123
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,55 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
77. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,20
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,45 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54124
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,20 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
79. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,19
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 14,29 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,22
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 37,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,66 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Ergebnis-ID	56000
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	61,88
Vertrauensbereich bundesweit	61,68 - 62,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56001
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	29,94
Vertrauensbereich bundesweit	29,74 - 30,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 44,87 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	74,55
Vertrauensbereich bundesweit	74,09 - 75,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 63,22 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,21
Vertrauensbereich bundesweit	3,03 - 3,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 8,78 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56005
--------------------	--------------

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 35,69
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56006
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bundesergebnis

0,93

Vertrauensbereich bundesweit

0,90 - 0,95

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 1,14 (95. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

88. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56007
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,93

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,54 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

89. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,24
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 0,25 \%$ (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56009
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,76
Vertrauensbereich bundesweit	4,70 - 4,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,60 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

91. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	56010
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	18,19

Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 18,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

92. Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

Ergebnis-ID	56011
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,14
Vertrauensbereich bundesweit	11,03 - 11,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,25
Vertrauensbereich bundesweit	93,00 - 93,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56016
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,07
Vertrauensbereich bundesweit	94,99 - 95,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112

SGB V

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

☐ Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

☒ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

#	DMP
---	-----

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich
Ergebnis
Messzeitraum
Datenerhebung
Rechenregeln
Referenzbereiche
Vergleichswerte
Quellenangabe

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

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

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge	32
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	32
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	37
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?

- keine Antwort -

Nimmt das Zentrum am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil?

- keine Antwort -

Hat das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen?

- keine Antwort -

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

25

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen

24

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben

24

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	BEREICH - STATION - SCHICHT	ERFÜLLUNGSGRAD
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	100 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	100 %
3	Geriatric - Station 01 - Tagschicht	100 %
4	Geriatric - Station 01 - Nachtschicht	100 %
5	Geriatric - Station 02 - Tagschicht	100 %

#	BEREICH - STATION - SCHICHT	ERFÜLLUNGSGRAD
6	Geriatric - Station 02 - Nachtschicht	91,67 % Ausnahmetatbestände: 1
7	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Tagschicht	83,33 %
9	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	BEREICH - STATION - SCHICHT	ERFÜLLUNGSGRAD
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	88,22 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	85,48 %
3	Geriatric - Station 01 - Tagschicht	78,8 %
4	Geriatric - Station 01 - Nachtschicht	76,16 %
5	Geriatric - Station 02 - Tagschicht	83,56 %
6	Geriatric - Station 02 - Nachtschicht	34,25 %
7	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 04 - Tagschicht	92,33 %
8	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 04 - Nachtschicht	78,08 %
9	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Tagschicht	77,84 %
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Nachtschicht	75,45 %