

KMG: Klinikum Nordbrandenburg

Standort Pritzwalk



Strukturierter Qualitätsbericht 2023

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



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	16
	Einleitung	16
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	18
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	18
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	18
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	18
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	20
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	20
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	20
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	21
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	22
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	22
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	22
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	23
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	24
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	24
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	24
A-9	Anzahl der Betten	24
A-10	Gesamtfallzahlen	24
A-11	Personal des Krankenhauses	25
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	25
A-11.2	Pflegepersonal	25
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	26

A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	27
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	28
A-12.1	Qualitätsmanagement	28
A-12.1.1	Verantwortliche Person	28
A-12.1.2	Lenkungsgremium	28
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	28
A-12.2.1	Verantwortliche Person	28
A-12.2.2	Lenkungsgremium	28
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	29
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	30
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	31
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	31
A-12.3.1	Hygienepersonal	31
A-12.3.1.1	Hygienekommission	31
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	31
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	32
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	32
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	33
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	34
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	34
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	35
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	35
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	36
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	36
A-12.5.2	Verantwortliche Person	36

A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	37
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	37
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	38
A-13	Besondere apparative Ausstattung	39
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	39
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	39
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	40
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	40
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	40
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	41
B-[PKGERI]	Klinik für Geriatrie	41
B-[PKGERI].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[PKGERI].1.1	Fachabteilungsschlüssel	41
B-[PKGERI].1.2	Ärztliche Leitung	41
B-[PKGERI].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	41
B-[PKGERI].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[PKGERI].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[PKGERI].6	Hauptdiagnosen nach ICD	44
B-[PKGERI].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	45
B-[PKGERI].6.2	Kompetenzdiagnosen	45
B-[PKGERI].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	46
B-[PKGERI].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	47
B-[PKGERI].7.2	Kompetenzprozeduren	48
B-[PKGERI].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	48
B-[PKGERI].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	48

B-[PKGERI].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	48
B-[PKGERI].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	48
B-[PKGERI].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	48
B-[PKGERI].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	48
B-[PKGERI].11	Personelle Ausstattung	49
B-[PKGERI].11.1	Ärzte und Ärztinnen	49
B-[PKGERI].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	49
B-[PKGERI].11.1.2	Zusatzweiterbildung	49
B-[PKGERI].11.2	Pflegepersonal	49
B-[PKGERI].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	50
B-[PKGERI].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	50
B-[PKGERI].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	50
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[PKGERITK]	Geriatric Tagesklinik	51
B-[PKGERITK].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[PKGERITK].1.1	Fachabteilungsschlüssel	51
B-[PKGERITK].1.2	Ärztliche Leitung	51
B-[PKGERITK].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	51
B-[PKGERITK].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	51
B-[PKGERITK].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[PKGERITK].6	Hauptdiagnosen nach ICD	52
B-[PKGERITK].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	53
B-[PKGERITK].6.2	Kompetenzdiagnosen	53
B-[PKGERITK].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	53
B-[PKGERITK].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	53
B-[PKGERITK].7.2	Kompetenzprozeduren	54

B-[PKGERITK].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	54
B-[PKGERITK].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	54
B-[PKGERITK].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	54
B-[PKGERITK].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	54
B-[PKGERITK].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	54
B-[PKGERITK].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[PKGERITK].11	Personelle Ausstattung	55
B-[PKGERITK].11.1	Ärzte und Ärztinnen	55
B-[PKGERITK].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	55
B-[PKGERITK].11.1.2	Zusatzweiterbildung	55
B-[PKGERITK].11.2	Pflegepersonal	55
B-[PKGERITK].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	56
B-[PKGERITK].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	56
B-[PKGERITK].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	56
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[PKTRA]	Klinik für Unfallchirurgie und Fußchirurgie	57
B-[PKTRA].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[PKTRA].1.1	Fachabteilungsschlüssel	57
B-[PKTRA].1.2	Ärztliche Leitung	57
B-[PKTRA].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	57
B-[PKTRA].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	57
B-[PKTRA].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[PKTRA].6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-[PKTRA].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	60
B-[PKTRA].6.2	Kompetenzdiagnosen	60
B-[PKTRA].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	61

B-[PKTRA].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	62
B-[PKTRA].7.2	Kompetenzprozeduren	63
B-[PKTRA].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	63
B-[PKTRA].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	63
B-[PKTRA].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	63
B-[PKTRA].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	63
B-[PKTRA].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	65
B-[PKTRA].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	65
B-[PKTRA].11	Personelle Ausstattung	66
B-[PKTRA].11.1	Ärzte und Ärztinnen	66
B-[PKTRA].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	66
B-[PKTRA].11.1.2	Zusatzweiterbildung	66
B-[PKTRA].11.2	Pflegepersonal	66
B-[PKTRA].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	67
B-[PKTRA].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	67
B-[PKTRA].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	67
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[PKVIS]	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasiver Chirurgie	68
B-[PKVIS].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[PKVIS].1.1	Fachabteilungsschlüssel	68
B-[PKVIS].1.2	Ärztliche Leitung	68
B-[PKVIS].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68
B-[PKVIS].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	69
B-[PKVIS].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-[PKVIS].6	Hauptdiagnosen nach ICD	70

B-[PKVIS].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	71
B-[PKVIS].6.2	Kompetenzdiagnosen	71
B-[PKVIS].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	72
B-[PKVIS].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	73
B-[PKVIS].7.2	Kompetenzprozeduren	74
B-[PKVIS].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	74
B-[PKVIS].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	74
B-[PKVIS].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	74
B-[PKVIS].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	74
B-[PKVIS].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	74
B-[PKVIS].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	74
B-[PKVIS].11	Personelle Ausstattung	75
B-[PKVIS].11.1	Ärzte und Ärztinnen	75
B-[PKVIS].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	75
B-[PKVIS].11.1.2	Zusatzweiterbildung	75
B-[PKVIS].11.2	Pflegepersonal	76
B-[PKVIS].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	76
B-[PKVIS].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	76
B-[PKVIS].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	76
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[PKGEF]	Zentrum für Gefäßchirurgie Nordbrandenburg	77
B-[PKGEF].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[PKGEF].1.1	Fachabteilungsschlüssel	77
B-[PKGEF].1.2	Ärztliche Leitung	77
B-[PKGEF].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	77
B-[PKGEF].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	78

B-[PKGEF].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	78
B-[PKGEF].6	Hauptdiagnosen nach ICD	79
B-[PKGEF].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	80
B-[PKGEF].6.2	Kompetenzdiagnosen	80
B-[PKGEF].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	81
B-[PKGEF].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	82
B-[PKGEF].7.2	Kompetenzprozeduren	82
B-[PKGEF].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	83
B-[PKGEF].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	83
B-[PKGEF].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	83
B-[PKGEF].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	83
B-[PKGEF].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	83
B-[PKGEF].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	83
B-[PKGEF].11	Personelle Ausstattung	84
B-[PKGEF].11.1	Ärzte und Ärztinnen	84
B-[PKGEF].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	84
B-[PKGEF].11.1.2	Zusatzweiterbildung	84
B-[PKGEF].11.2	Pflegepersonal	84
B-[PKGEF].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	85
B-[PKGEF].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	85
B-[PKGEF].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	85
B-[PKPLA]	Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	86
B-[PKPLA].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	86
B-[PKPLA].1.1	Fachabteilungsschlüssel	86
B-[PKPLA].1.2	Ärztliche Leitung	86

B-[PKPLA].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	86
B-[PKPLA].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	87
B-[PKPLA].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	87
B-[PKPLA].6	Hauptdiagnosen nach ICD	88
B-[PKPLA].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	89
B-[PKPLA].6.2	Kompetenzdiagnosen	89
B-[PKPLA].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	90
B-[PKPLA].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	91
B-[PKPLA].7.2	Kompetenzprozeduren	92
B-[PKPLA].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	92
B-[PKPLA].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	92
B-[PKPLA].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	92
B-[PKPLA].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	92
B-[PKPLA].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	92
B-[PKPLA].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	93
B-[PKPLA].11	Personelle Ausstattung	93
B-[PKPLA].11.1	Ärzte und Ärztinnen	93
B-[PKPLA].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	93
B-[PKPLA].11.1.2	Zusatzweiterbildung	93
B-[PKPLA].11.2	Pflegepersonal	94
B-[PKPLA].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	94
B-[PKPLA].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	94
B-[PKPLA].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	94
B-[PKGYN]	Klinik für Gynäkologie	95

B-[PKGYN].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	95
B-[PKGYN].1.1	Fachabteilungsschlüssel	95
B-[PKGYN].1.2	Ärztliche Leitung	95
B-[PKGYN].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	95
B-[PKGYN].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	96
B-[PKGYN].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	96
B-[PKGYN].6	Hauptdiagnosen nach ICD	96
B-[PKGYN].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	97
B-[PKGYN].6.2	Kompetenzdiagnosen	97
B-[PKGYN].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	97
B-[PKGYN].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	98
B-[PKGYN].7.2	Kompetenzprozeduren	98
B-[PKGYN].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	99
B-[PKGYN].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	99
B-[PKGYN].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	99
B-[PKGYN].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	99
B-[PKGYN].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	100
B-[PKGYN].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	100
B-[PKGYN].11	Personelle Ausstattung	100
B-[PKGYN].11.1	Ärzte und Ärztinnen	100
B-[PKGYN].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	100
B-[PKGYN].11.1.2	Zusatzweiterbildung	101
B-[PKGYN].11.2	Pflegepersonal	101
B-[PKGYN].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	101
B-[PKGYN].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	101
B-[PKGYN].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	101

in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[PKAUG]	Klinik für Ophthalmologie	102
B-[PKAUG].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	102
B-[PKAUG].1.1	Fachabteilungsschlüssel	102
B-[PKAUG].1.2	Ärztliche Leitung	102
B-[PKAUG].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	102
B-[PKAUG].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	102
B-[PKAUG].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	103
B-[PKAUG].6	Hauptdiagnosen nach ICD	103
B-[PKAUG].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	103
B-[PKAUG].6.2	Kompetenzdiagnosen	103
B-[PKAUG].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	103
B-[PKAUG].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	103
B-[PKAUG].7.2	Kompetenzprozeduren	104
B-[PKAUG].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	104
B-[PKAUG].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	104
B-[PKAUG].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	104
B-[PKAUG].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	104
B-[PKAUG].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	104
B-[PKAUG].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	104
B-[PKAUG].11	Personelle Ausstattung	104
B-[PKAUG].11.1	Ärzte und Ärztinnen	104
B-[PKAUG].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	104
B-[PKAUG].11.1.2	Zusatzweiterbildung	104
B-[PKAUG].11.2	Pflegepersonal	105
B-[PKAUG].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	105

B-[PKAUG].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	105
B-[PKAUG].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	105
B-[PKANÄS]	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	.....	106
B-[PKANÄS].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	106
B-[PKANÄS].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	106
B-[PKANÄS].1.2	Ärztliche Leitung	.....	106
B-[PKANÄS].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	106
B-[PKANÄS].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	106
B-[PKANÄS].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	106
B-[PKANÄS].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	107
B-[PKANÄS].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	107
B-[PKANÄS].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	107
B-[PKANÄS].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	107
B-[PKANÄS].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	107
B-[PKANÄS].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	107
B-[PKANÄS].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	107
B-[PKANÄS].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	107
B-[PKANÄS].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	107
B-[PKANÄS].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	107
B-[PKANÄS].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	107
B-[PKANÄS].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	107
B-[PKANÄS].11	Personelle Ausstattung	.....	108
B-[PKANÄS].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	108
B-[PKANÄS].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	108
B-[PKANÄS].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	108
B-[PKANÄS].11.2	Pflegepersonal	.....	109

B-[PKANÄS].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	109
B-[PKANÄS].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	109
B-[PKANÄS].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	109
C	Qualitätssicherung	.....	110
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	110
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	.....	110
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	.....	112
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	.....	112
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	181
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	181
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	181
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	182
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	182
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	.....	182
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	182
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	183
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	183

C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	183
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	183
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	184
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	185

Vorwort

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

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

Einleitung

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

Das halten wir am Standort Pritzwalk für Sie bereit

Für Patient*innen und Medizinstudent*innen

An unserem Standort Pritzwalk verfügen wir 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 erfüllen wir die wichtige Funktion eines Akademischen Lehrkrankenhauses der Universitätsmedizin Greifswald.

Spezialisierung auf Altersmedizin

An unserem Standort Pritzwalk halten wir 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.

Stationäre und ambulante Versorgung gehen bei uns Hand in Hand

Am Standort Pritzwalk arbeiten wir 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	Stefan Scharnetzki
Telefon	03395 685 114
Fax	03395 685 129
E-Mail	S.Scharnetzki@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

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

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses

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

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 Nordbrandenburg GmbH
PLZ	19336
Ort	Bad Wilsnack
Straße	Badstr.
Hausnummer	5 - 7
IK-Nummer	261201323
Telefon-Vorwahl	03395
Telefon	6850
E-Mail	pritzwalk@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	https://kmg-kliniken.de/akutkliniken/kmg-klinikum-nordbrandenburg/standort-pritzwalk

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort 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	Geschäftsführer - Standort Kyritz
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	F.Rohde@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

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

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde

Telefon 03394 427 100
Fax 03394 427 101
E-Mail F.Rohde@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

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

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztliche Direktorin - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon 03395 685 292
Fax 03395 685 291
E-Mail A.Bialojan@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name Dr. med. Volker Hitz
Telefon 03394 427 201
Fax 03394 427 925
E-Mail V.Hitz@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

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

Pflegedienstleitung

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

Pflegedienstleitung

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

Leitung des Standorts

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Pritzwalk - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name Stefan Scharnetzki
Telefon 03395 685 114
Fax 03395 685 129
E-Mail S.Scharnetzki@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Pritzwalk - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395 685 292
Fax	03395 685 291
E-Mail	A.Bialojan@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Pritzwalk - Pflegedienstleitung

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

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

Name der Universität

Universitätsmedizin Greifswald

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
 - Sozialdienst*
- 2 MP53 - Aromapflege/-therapie
- 3 MP04 - Atemgymnastik/-therapie
- 4 MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
- 5 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
 - z. B. bei Diabetes mellitus*
- 6 MP69 - Eigenblutspende
- 7 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 8 MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 9 MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
 - auch Computergestützt*
- 10 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 11 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 12 MP25 - Massage
 - z. B. Akupunktmassage, Binde- gewebsmassage, Shiatsu*
- 13 MP26 - Medizinische Fußpflege
 - kommt bei Bedarf auf Station*
- 14 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst
 - z. B. Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Entspannungstherapie*
- 15 MP37 - Schmerztherapie/-management
- 16 MP63 - Sozialdienst
- 17 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
 - z. B. Vorträge, Informationsveranstaltungen, Tag der offenen Tür*
- 18 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
 - z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe, Hilfsmittelberatung, Beratung zu Pflegestufe, -anträge, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung*
- 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
 - z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris*
- 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

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
- 31 *nur Physikalische Therapie*

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
z.B. vegetarische Küche
- 4 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
"Sonntagsvorlesungen" zu verschiedenen Themen sowie Tag der offenen Tür
- 5 NM50: Kinderbetreuung
KITA am Klinikum
- 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)
WLAN, Telefon am Bett, Fernsehgerät am Bett/im Zimmer, Aufenthaltsräume auf Stationen vorhanden

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

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

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF11 - Besondere personelle Unterstützung
- 2 BF24 - Diätetische Angebote
 - Diät- und Diabetesberatung, spezielle Kostform*
- 3 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
 - elektrisch verstellbar bis 225 kg*
- 4 BF21 - Hilfsgereäte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
 - Patientenwaage, Patientenliefer, Toilettenstuhl, Rollstuhl, Rollator ect.*
- 5 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
 - Anti-Thrombosestrümpfe bis Größe 8, sonst wickeln*
- 6 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
 - bis 200 kg Körpergewicht*
- 7 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 8 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 9 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
 - in jedem Bereich vorhanden*
- 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 rollstuhlgerechten 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
 - Dolmetscherliste*
- 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

1 FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

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 3419

Teilstationäre Fallzahl 195

Ambulante Fallzahl 6055

StäB. Fallzahl 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt				28,18
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,65	Stationär	26,53
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				19,7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,65	Stationär	18,05
Belegärztinnen und Belegärzte				
Gesamt				2

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				86,15
Beschäftigungsverhältnis	Mit	85,45	Ohne	0,7
Versorgungsform	Ambulant	1,21	Stationär	84,94
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				18,14
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,21	Stationär	16,93
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				3,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,8
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt				0,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				9,42

Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,42
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				2,51
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,51
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt				6,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	6,21
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,21
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				6,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	6,21
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,21
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				0,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				8,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,33	Stationär	6,77
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,99
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,33	Stationär	0,66

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				3,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	3,49

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

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

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				3,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	3,65

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

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

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2,17
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,17

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

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

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

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

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

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

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				2,89
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	2,79

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Janine Beese
Telefon	03395 685 453
Fax	03395 685 129
E-Mail	J.Beese@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

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
- 1 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** 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: 01.10.2022
- 2 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM04: Klinisches Notfallmanagement
- 3 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Notfallmanagement; VA_Notfallkoffer
Letzte Aktualisierung: 14.11.2022
RM05: Schmerzmanagement
- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Konzept Schmerztherapie im KMG Klinikum Pritzwalk
Letzte Aktualisierung: 01.11.2022
RM06: Sturzprophylaxe
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Sturzprophylaxe
Letzte Aktualisierung: 01.04.2022
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Pflegestandards KMG Kliniken:A3.2 Expertenstandard Dekubitus A3.3 Dekubitusprophylaxe allgemein A3.4 Dekubitusbehandlung Grad I bis IIA3.5 Dekubitusbehandlung Grad III bis IV
Letzte Aktualisierung: 25.02.2022
RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Pflegestandards
Letzte Aktualisierung: 15.09.2023
RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept - Umgang mit Medizinprodukten:Informationsblatt zum Umgang mitMedizinprodukten 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: 01.09.2023
- 9 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
- 10 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Sicherheitscheckliste OP;CL_Checkliste zur präoperativen Erfassung des cardiopulmonalen Risikos;QM-HB Transfusionsmedizin der KMG Mitte GmbH
Letzte Aktualisierung: 01.11.2022
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 12 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_institutionalisierte Besprechung EPZ;CL_Sicherheitscheckliste OP
Letzte Aktualisierung: 14.11.2022

Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme

RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen

13 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Identifikation von Patienten und Proben

Letzte Aktualisierung: 01.11.2022

RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung

14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Anästhesie und Aufwachraum; Konzept Schmerztherapie (Kapitel 3 - Methoden der postoperativen Schmerztherapie)

Letzte Aktualisierung: 11.03.2020

RM18: Entlassungsmanagement

15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Konzept Schmerztherapie / Kapitel 6 Entlassmanagement

Letzte Aktualisierung: 01.11.2022

16 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

Tumorkonferenzen

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

Palliativbesprechungen

Qualitätszirkel

Andere: Qualitätszirkel EPZ

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Instrument bzw. Maßnahme

IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor

1

Letzte Aktualisierung: 04.07.2024

IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von

2 Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem

Frequenz: bei Bedarf

IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen

3

Frequenz: bei Bedarf

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 04.07.2024 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, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygienikerinnen 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 03395 685 292

Fax 03395 685 291

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

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 44,99

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 179,72

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html). Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung 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
Teilnahme bereits seit 2008
- 2 HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
Frequenz: monatlich
Pflichtthema - fester Bestandteil des Fortbildungskalenders
- 3 HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
Frequenz: jährlich
Jährliche Revalidierung der maschinellen Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zentralsterilisationsabteilung

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

- CDAD-KISS
- HAND-KISS
- MRSA-KISS
- OP-KISS

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</i> |
| 7 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. | Ja
<i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement</i> |
| 8 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. | Ja
<i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement</i> |

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches	
9	Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Verfahrensweisung VA_Beschwerdemanagement</i>
10	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja <i>Entsprechend der VA_Beschwerdemanagement 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	Stefan Scharnetzki
Telefon	03395 685 114
Fax	03395 685 129
E-Mail	S.Scharnetzki@kmg-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Besetzung der Position in Bearbeitung
Titel, Vorname, Name	n.N. n.N.
Telefon	03395 685 0
Fax	03395 685 129
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
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

- | | |
|---|--|
| # | Instrument bzw. Maßnahme |
| 1 | AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 2 | AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) |
| 3 | 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
AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) |
| 7 | 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: 01.10.2022
AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis |
| 8 | 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: 01.10.2022 |
| 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

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor
Auswahl Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
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)</i> <i>z.B. Hämofiltration, Dialyse</i>
3	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i>
4	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich <i>Harnflussmessung</i>
5	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i>
6	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Keine Angabe erforderlich <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 Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart? Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der 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 Ärztliche Leitung

Leistungsart

Leistungsart	Chefarzt / Chefärztin
--------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin, Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395 685 290
Fax	03395 685 291
E-Mail	A.Bialojan@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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
--	---

B-[PKGGERI].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
Psychologisches Assessment
 - 3 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
 - 4 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
Spirometrie, Langzeit-EKG, Langzeit-RR
 - 5 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
Diabetes- und Ernährungsberatung
 - 6 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
Spirometrie, BGA
 - 7 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
Kooperation mit MVZ Pritzwalk
 - 8 VR16 - Phlebographie
Kooperation mit MVZ Pritzwalk
 - 9 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
Kooperation mit MVZ Pritzwalk
 - 10 VR44 - Teleradiologie
Kooperation mit MVZ Pritzwalk
 - 11 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
Kooperation mit MVZ Pritzwalk
 - 12 VR15 - Arteriographie
Kooperation mit MVZ Pritzwalk
 - 13 VI38 - Palliativmedizin
 - 14 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
Sonographie, ERCP in Kooperation innerhalb KMG Klinikum Mitte GmbH
 - 15 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
Kooperation mit MVZ Pritzwalk
 - 16 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
Kooperation mit MVZ Pritzwalk
 - 17 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
Kooperation mit MVZ Pritzwalk
 - 18 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
Gastroskopie, Coloskopie
 - 19 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
Langzeit-EKG, Monitor
 - 20 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
Sonographie, CT, Labor
 - 21 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
 - 22 VI35 - Endoskopie
 - 23 VI20 - Intensivmedizin
Ein ausgewiesenes geriatrisches Intensivbett.

- # Medizinische Leistungsangebote
- 24 VR02 - Native Sonographie
- 25 VR04 - Duplexsonographie
- 26 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- Kooperation mit KMG Klinikum Wittstock*
- 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
- 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-[PKGGERI].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1053
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKGGERI].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	73
2	E86	Volumenmangel	43
3	S06.0	Gehirnerschütterung	37
4	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	30
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	25
6	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	24
7	M54.4	Lumboischialgie	24
8	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	22
9	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	22
10	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	19
11	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	18
12	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	16
13	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	15
14	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	14
15	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	14
16	S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens	14
17	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	13
18	S20.2	Prellung des Thorax	12
19	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	12
20	S70.0	Prellung der Hüfte	12
21	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	10
22	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	10
23	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	10
24	R55	Synkope und Kollaps	10
25	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	9
26	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	9
27	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	9
28	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	8
29	S32.5	Fraktur des Os pubis	8
30	M54.5	Kreuzschmerz	8

B-[PKGGERI].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	124
2	I63	Hirnfarkt	83
3	I50	Herzinsuffizienz	61
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	50
5	S06	Intrakranielle Verletzung	47
6	E86	Volumenmangel	43
7	M54	Rückenschmerzen	37
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	30
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	25
10	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	24
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	24
12	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	23
13	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	22
14	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	21
15	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	17
16	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	13
17	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	13
18	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	12
19	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	12
20	S52	Fraktur des Unterarmes	12
21	I21	Akuter Myokardinfarkt	10
22	R55	Synkope und Kollaps	10
23	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	10
24	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	9
25	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	9
26	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	8
27	J20	Akute Bronchitis	8
28	A41	Sonstige Sepsis	8
29	N17	Akutes Nierenversagen	7
30	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	7

B-[PKGGERI].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKGGERI].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	825
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	181
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	176
4	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	157
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	145
6	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	104
7	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	64
8	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	52
9	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	30
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	29
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	28
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	26
13	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	26
14	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	24
15	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	22
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	21
17	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	21
18	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	19
19	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	14
20	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	11
21	8-98g.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	9
22	8-831.02	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine periphere Vene in ein zentralvenöses Gefäß	9
23	8-701	Einfache endotracheale Intubation	9
24	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
25	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	8

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
27	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	8
28	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	7
29	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	7
30	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	7

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	959
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	623
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	145
4	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	107
5	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	29
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	28
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	26
8	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	24
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	23
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	22
11	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	20
12	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	16
13	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	11
14	8-701	Einfache endotracheale Intubation	9
15	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	8
16	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
17	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
18	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	7
19	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	6
20	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	5
21	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	5
22	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	5
23	3-202	Native Computertomographie des Thorax	4
24	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	4
25	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	4
26	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	4
27	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4
28	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
29	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4

30 8-201

Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese

< 4

B-[PKGERI].7.2 Kompetenzprozeduren**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)**B-[PKGERI].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[PKGERI].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[PKGERI].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[PKGERI].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[PKGGERI].11 Personelle Ausstattung

B-[PKGGERI].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,45	Fälle je VK/Person	193,211014
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,45

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,92	Fälle je VK/Person	360,616425
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,92

B-[PKGGERI].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-[PKGGERI].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)

B-[PKGGERI].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		22,06	Fälle je VK/Person	47,73346
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,96	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,06

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,48	Fälle je VK/Person	711,48645
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,48

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	1196,591
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		5,13	Fälle je VK/Person	205,263153
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,13
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,57	Fälle je VK/Person	670,7006
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,57

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
 - 2 ZP07 - Geriatrie
strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang mind. 180 Stunden vorhanden
 - 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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin, Chefärztin Geriatrie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395 685 290
Fax	03395 685 280
E-Mail	A.Bialojan@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2 A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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
--	---

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 11 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
 - 12 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
 - 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 - Geriatriische 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
 - 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	195

B-[PKGERITK].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[PKGERITK].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**B-[PKGERITK].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[PKGERITK].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	1933
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	76
3	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	67
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	64
5	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	14
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	5
7	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	< 4
8	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
10	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	< 4
11	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	1933
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	224
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	5
4	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	< 4
5	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
6	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	< 4
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4

B-[PKGERITK].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[PKGERITK].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

**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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

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

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

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

B-[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 (MWBO 2003)

B-[PKGERITK].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,61	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,61

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
- 2 ZP07 - Geriatrie
- 3 *strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang mind. 180 Stunden vorhanden*
- 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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Metzner
Telefon	03395 685 201
Fax	03395 685 211
E-Mail	M.Metzner@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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
--	---

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 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
 - 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
 - 26 *BG-Sprechstunde, Schultersprechstunde, Fußsprechstunde, Sprechstunde Endoprothetik*
 - 26 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
 - 27 VC58 - Spezialsprechstunde
 - 27 *BG-Sprechstunde, Schultersprechstunde, Fußsprechstunde, Sprechstunde Endoprothetik*
 - 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
 - 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	1048
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKTRA].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	191
2	M54.4	Lumboischialgie	29
3	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	28
4	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	27
5	S20.2	Prellung des Thorax	26
6	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	24
7	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	20
8	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	18
9	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	17
10	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	17
11	A46	Erysipel [Wundrose]	17
12	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	16
13	M54.5	Kreuzschmerz	15
14	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	14
15	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	13
16	S80.0	Prellung des Knies	13
17	S70.0	Prellung der Hüfte	12
18	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	11
19	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	11
20	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	11
21	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	10
22	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	9
23	S82.82	Trimalleolarfraktur	9
24	S43.01	Luxation des Humerus nach vorne	8
25	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	8
26	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	8
27	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	7
28	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	7
29	M25.51	Gelenkschmerz: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	7
30	M70.2	Bursitis olecrani	7

B-[PKTRA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	199
2	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	54
3	M54	Rückenschmerzen	52
4	S52	Fraktur des Unterarmes	42
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	39
6	L03	Phlegmone	33
7	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	30
8	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	29
9	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	29
10	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	27
11	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	26
12	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	24
13	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	22
14	S72	Fraktur des Femurs	21
15	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	20
16	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	19
17	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	19
18	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	17
19	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	17
20	A46	Erysipel [Wundrose]	17
21	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	15
22	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	14
23	M75	Schulterläsionen	14
24	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	13
25	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	11
26	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	11
27	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	10
28	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	10
29	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	10
30	M10	Gicht	9

B-[PKTRA].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKTRA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	178
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	157
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	143
4	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	142
5	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	124
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	122
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	103
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	101
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	100
10	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	96
11	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	73
12	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	57
13	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	55
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	38
15	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	35
16	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	33
17	5-916.7g	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Fuß	30
18	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	29
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	28
20	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	27
21	5-850.d9	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel	27
22	5-916.7f	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	26
23	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	26
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	26
25	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	26
26	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	24
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	23
28	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	23
29	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	22

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	22

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	124
2	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	112
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	87
4	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	83
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	52
6	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	51
7	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	50
8	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	42
9	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	39
10	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	35
11	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	34
12	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	28
13	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	26
14	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	16
15	5-786	Osteosyntheseverfahren	15
16	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	15
17	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	15
18	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	14
19	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	13
20	5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	12
21	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	11
22	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	11
23	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	11
24	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	10
25	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	9
26	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	9
27	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	9
28	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	9
29	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	8
30	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	7

B-[PKTRA].7.2 Kompetenzprozeduren

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	MVZ Pritzwalk- Praxis für Chirurgie
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachrichtungen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.</i>

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

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

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	40
2	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	24
3	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	20
4	5-780.6w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß	12
5	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	8
6	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	7
7	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	4
8	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	4
9	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	< 4
10	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	< 4
11	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	< 4
12	5-840.81	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Langfinger	< 4
13	5-840.82	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Daumen	< 4
14	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	< 4
15	5-787.1u	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tarsale	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
16	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	< 4
17	5-787.1k	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia proximal	< 4
18	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	< 4
19	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	< 4
20	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	< 4
21	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	< 4
22	5-840.81	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Langfinger	< 4
23	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	< 4
24	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	< 4
25	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	< 4
26	5-898.4	Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, partiell	< 4
27	5-794.04	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius proximal	< 4
28	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	< 4
29	5-788.57	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus II bis V, 1 Phalanx	< 4
30	5-788.5c	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	90
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	42
3	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	14
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	10
5	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	9
6	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	8
7	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	7
8	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	6
9	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
10	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 4
11	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
12	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4
13	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
14	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
15	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	< 4
16	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
17	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4
18	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
19	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	< 4
20	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
21	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	< 4
22	3-996	Anwendung eines 3D-Bildwandlers	< 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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,21	Fälle je VK/Person	213,441956
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	4,91

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,01	Fälle je VK/Person	386,715851
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	2,71

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
- 2 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
- 3 AQ54 - Radiologie
Kooperation
- 4 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
Kooperation

B-[PKTRA].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
- 2 ZF09 - Geriatrie

B-[PKTRA].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		12,49	Fälle je VK/Person	83,90713
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,49

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1048
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,16	Fälle je VK/Person	903,4483
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,16
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	1397,33337
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,56	Fälle je VK/Person	671,7949
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,56

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Arnd Müller
Telefon	03395 685 206
Fax	03395 685 205
E-Mail	Arnd.Mueller@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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
--	--------------------------------------

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
- 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	757
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKVIS].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	87
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	44
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	31
4	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	27
5	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	23
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	22
7	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	22
8	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	21
9	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	15
10	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	14
11	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	13
12	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	13
13	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	12
14	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	12
15	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	12
16	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	11
17	L72.1	Trichilemmalzyste	11
18	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	11
19	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	11
20	K61.0	Analabszess	9
21	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	9
22	K81.0	Akute Cholezystitis	8
23	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	8
24	K64.3	Hämorrhoiden 4. Grades	8
25	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	8
26	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	8
27	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	7
28	N20.1	Ureterstein	7
29	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	7
30	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	6

B-[PKVIS].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	107
2	K40	Hernia inguinalis	73
3	K80	Cholelithiasis	69
4	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	46
5	E04	Sonstige nichttoxische Struma	42
6	K35	Akute Appendizitis	35
7	K43	Hernia ventralis	27
8	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	26
9	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	25
10	K57	Divertikulose des Darmes	24
11	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	22
12	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	22
13	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	16
14	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	15
15	K29	Gastritis und Duodenitis	11
16	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	11
17	K42	Hernia umbilicalis	9
18	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
19	K81	Cholezystitis	9
20	L05	Pilonidalzyste	8
21	N20	Nieren- und Ureterstein	7
22	K65	Peritonitis	7
23	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	6
24	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	6
25	K85	Akute Pankreatitis	5
26	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	5
27	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	5
28	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	5
29	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	4
30	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	4

B-[PKVIS].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKVIS].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	113
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	94
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	81
4	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	58
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	56
6	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	55
7	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	50
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	47
9	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	42
10	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	41
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	30
12	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	27
13	1-653	Diagnostische Proktoskopie	24
14	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	23
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	22
16	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	20
17	5-932.45	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 300 cm ² bis unter 400 cm ²	18
18	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	17
19	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	17
20	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	17
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	17
22	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	17
23	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	16
24	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	15
25	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	15
26	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	14
27	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	14
28	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	14

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	14
30	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	13

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-511	Cholezystektomie	85
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	70
3	5-469	Andere Operationen am Darm	52
4	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	52
5	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	49
6	5-063	Thyreoidektomie	41
7	5-470	Appendektomie	33
8	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	28
9	5-549	Andere Bauchoperationen	26
10	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	24
11	1-653	Diagnostische Proktoskopie	24
12	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	23
13	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	20
14	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	19
15	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	18
16	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	18
17	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	17
18	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	11
19	5-916	Temporäre Weichteildeckung	11
20	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	11
21	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	11
22	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	10
23	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	10
24	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	10
25	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	9
26	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	9
27	5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	9
28	5-061	Hemithyreoidektomie	8
29	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	7
30	5-454	Resektion des Dünndarmes	7

B-[PKVIS].7.2 Kompetenzprozeduren**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)**B-[PKVIS].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[PKVIS].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	6
2	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	4
3	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
4	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
5	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
6	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
7	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	10
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
3	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
4	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
5	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
6	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 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

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	4,19	Fälle je VK/Person	205,149048
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,5	Stationär	3,69

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,19	Fälle je VK/Person	205,149048
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,5	Stationär	3,69

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

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

B-[PKVIS].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

B-[PKVIS].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,35	Fälle je VK/Person	141,495331
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,75	Ohne	0,6
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,35

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,16	Fälle je VK/Person	4731,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,16

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,78	Fälle je VK/Person	425,2809
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,78

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,95	Fälle je VK/Person	796,8421
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,95

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andreas Laipple
Telefon	03395 685 206
Fax	03395 685 205
E-Mail	A.Laipple@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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
--	---

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
- 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	373
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKGEF].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	55
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	43
3	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	32
4	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	27
5	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	19
6	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	17
7	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	15
8	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	14
9	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	11
10	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	11
11	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	10
12	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	9
13	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	7
14	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	7
15	A46	Erysipel [Wundrose]	6
16	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	6
17	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	6
18	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4
19	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	4
20	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	< 4
21	I70.29	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet	< 4
22	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
23	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	< 4
24	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	< 4
25	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	< 4
26	T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
27	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	< 4
28	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	< 4
29	R02.07	Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchelregion, Fuß und Zehen	< 4
30	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4

B-[PKGEF].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	127
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	41
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	39
4	I83	Varizen der unteren Extremitäten	27
5	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	21
6	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	20
7	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	17
8	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11
9	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	10
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	7
11	A46	Erysipel [Wundrose]	6
12	L03	Phlegmone	4
13	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	4
14	I20	Angina pectoris	< 4
15	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	< 4
16	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	< 4
18	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	< 4
19	I50	Herzinsuffizienz	< 4
20	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	< 4
21	M10	Gicht	< 4
22	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	< 4
23	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	T89	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen eines Traumas	< 4
25	M86	Osteomyelitis	< 4
26	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	< 4
27	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	< 4
28	G62	Sonstige Polyneuropathien	< 4
29	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
30	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	< 4

B-[PKGEF].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKGEF].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	185
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	116
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	99
4	8-83c.72	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Intraarterielle Spasmolyse an sonstigen Gefäßen: 3 oder mehr Gefäße	93
5	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	87
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	72
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	63
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	58
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	56
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	55
11	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	52
12	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	47
13	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	46
14	5-386.a6	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß	41
15	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	40
16	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	39
17	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	39
18	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	39
19	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	38
20	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	36
21	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	36
22	5-930.01	Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Mit externer In-vitro-Aufbereitung	36
23	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	32
24	5-394.10	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Anastomose: Implantat	31
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	30
26	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	29
27	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	28
28	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	27
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	26

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	5-393.54	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, unterhalb des Kniegelenkes	26

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Endarteriektomie	240
2	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	172
3	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	97
4	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	93
5	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	89
6	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	74
7	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	68
8	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	54
9	5-916	Temporäre Weichteildeckung	52
10	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	50
11	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	48
12	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	39
13	5-866	Revision eines Amputationsgebietes	24
14	5-388	Naht von Blutgefäßen	23
15	5-389	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen	21
16	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	18
17	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	15
18	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	12
19	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	11
20	5-383	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen	9
21	5-382	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung	9
22	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	9
23	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	8
24	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	8
25	5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	6
26	5-983	Reoperation	5
27	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	4
28	5-856	Rekonstruktion von Faszien	< 4
29	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	< 4
30	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	< 4

B-[PKGEF].7.2 Kompetenzprozeduren

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	
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)

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	35
2	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	11
3	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	4
4	5-385.d0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	4
5	5-385.80	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	< 4
6	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	55
2	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	< 4

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		4,5	Fälle je VK/Person	87,76471
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	4,25

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4	Fälle je VK/Person	99,46667
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	3,75

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

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

B-[PKGEF].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF31 - Phlebologie

B-[PKGEF].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		6,32	Fälle je VK/Person	59,01899
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,32

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	423,863647
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Aykut Yilmaz
Telefon	03395 685 601
Fax	03395 685 607
E-Mail	A.Yilmaz@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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
--	---

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
- 14 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

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

Vollstationäre Fallzahl	128
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKPLA].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	16
2	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	11
3	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	6
4	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	6
5	L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	5
6	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	5
7	D48.5	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Haut	4
8	C44.59	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes	< 4
9	L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	< 4
10	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
11	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
12	L03.2	Phlegmone im Gesicht	< 4
13	L57.0	Aktinische Keratose	< 4
14	M72.66	Nekrotisierende Faszitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4
15	L82	Seborrhoische Keratose	< 4
16	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	T24.20	Verbrennung Grad 2a der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	< 4
18	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	< 4
19	L72.1	Trichilemmalzyste	< 4
20	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
21	S80.0	Prellung des Knies	< 4
22	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	< 4
23	E65	Lokalisierte Adipositas	< 4
24	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	< 4
25	L72.0	Epidermalzyste	< 4
26	L73.2	Hidradenitis suppurativa	< 4
27	L90.8	Sonstige atrophische Hautkrankheiten	< 4
28	M06.32	Rheumaknoten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	< 4
29	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	< 4

B-[PKPLA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	35
2	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	11
3	L03	Phlegmone	11
4	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	8
5	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
6	D48	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	5
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	5
8	L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	< 4
9	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
10	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	< 4
11	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	< 4
12	T21	Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes	< 4
13	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	< 4
14	L82	Seborrhoische Keratose	< 4
15	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	< 4
16	I83	Varizen der unteren Extremitäten	< 4
17	T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	C43	Bösartiges Melanom der Haut	< 4
19	I70	Atherosklerose	< 4
20	T24	Verbrennung oder Verätzung der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	< 4
21	E65	Lokalisierte Adipositas	< 4
22	M72	Fibromatosen	< 4
23	M06	Sonstige chronische Polyarthritiden	< 4
24	L90	Atrophische Hautkrankheiten	< 4
25	M48	Sonstige Spondylopathien	< 4
26	Q82	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Haut	< 4
27	T25	Verbrennung oder Verätzung der Knöchelregion und des Fußes	< 4
28	S89	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Unterschenkels	< 4
29	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	I50	Herzinsuffizienz	< 4

B-[PKPLA].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKPLA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
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	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	34
3	5-850.d7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	31
4	5-850.d9	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel	30
5	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	29
6	5-850.b7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	26
7	5-896.1d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	26
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	25
9	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	25
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	19
11	5-850.b9	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Unterschenkel	17
12	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	16
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	15
14	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	15
15	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	15
16	5-901.0e	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle: Spalthaut: Oberschenkel und Knie	15
17	5-902.4f	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterschenkel	13
18	5-896.2d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Gesäß	11
19	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	11
20	5-896.2f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Unterschenkel	11
21	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	11

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	11
23	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	10
24	8-191.20	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Ohne Debridement-Bad	10
25	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	9
26	5-850.da	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Fuß	8
27	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	8
28	8-390.0	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Spezialbett	7
29	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	7
30	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	7

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	124
2	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	121
3	5-916	Temporäre Weichteildeckung	110
4	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	72
5	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	46
6	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	29
7	5-901	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	21
8	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	18
9	5-921	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen	13
10	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	9
11	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	6
12	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	5
13	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	5
14	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	4
15	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
16	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	< 4
17	5-186	Plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel	< 4
18	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
19	5-923	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen	< 4
20	5-097	Blepharoplastik	< 4
21	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	< 4
22	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
23	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	< 4
24	5-924	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Entnahmestelle	< 4
25	5-540	Inzision der Bauchwand	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	5-182	Resektion der Ohrmuschel	< 4
27	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	< 4
28	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	< 4
29	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	< 4
30	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	< 4

B-[PKPLA].7.2 Kompetenzprozeduren

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	5
2	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	< 4
3	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
4	5-895.26	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Schulter und Axilla	< 4
5	5-895.45	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Hals	< 4
6	5-895.54	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	5
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
3	5-097	Blepharoplastik	< 4
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	1,78	Fälle je VK/Person	76,19048
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,1	Stationär	1,68
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	0,8	Fälle je VK/Person	182,857147
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,1	Stationär	0,7

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003)
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
4	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

B-[PKPLA].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[PKPLA].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		1,67	Fälle je VK/Person	76,64671
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,67

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,54	Fälle je VK/Person	237,037033
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,54

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung der Klinik für Gynäkologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marita Becker
Telefon	03395 685 552
Fax	03395 685 403
E-Mail	M.Becker@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2 a
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk

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
--	---

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
- 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	46
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKGYN].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	9
2	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	8
3	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	6
4	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	4
5	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	< 4
6	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	< 4
7	N81.8	Sonstiger Genitalprolaps bei der Frau	< 4
8	N83.8	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	< 4
9	D39.7	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige weibliche Genitalorgane	< 4
10	D39.0	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Uterus	< 4
11	N81.1	Zystozele	< 4
12	N80.1	Endometriose des Ovars	< 4
13	D39.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Ovar	< 4
14	N92.5	Sonstige näher bezeichnete unregelmäßige Menstruation	< 4
15	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	< 4
16	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	< 4

B-[PKGYN].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N81	Genitalprolaps bei der Frau	15
2	D25	Leiomyom des Uterus	10
3	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	8
4	D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	4
5	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	4
6	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	< 4
7	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	< 4
8	N80	Endometriose	< 4

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	21
2	5-592	Raffung des urethrovesikalen Überganges	16
3	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	16
4	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	15
5	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	11
6	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
7	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
8	5-665.x2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
9	5-700	Kuldotomie	< 4
10	5-683.05	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	< 4
11	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	< 4
12	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	< 4
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	< 4
14	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
15	5-469.2x	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Sonstige	< 4
16	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
17	5-682.xx	Subtotale Uterusexstirpation: Sonstige: Sonstige	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
18	5-653.30	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)	< 4
19	5-683.04	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	< 4
20	5-665.42	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
21	5-651.93	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	< 4
22	5-541.1	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	< 4
23	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	< 4
24	5-932.40	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: Weniger als 10 cm ²	< 4
25	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	< 4
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	< 4
27	5-546.1	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Naht von Mesenterium, Omentum majus oder minus (nach Verletzung)	< 4
28	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
29	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
30	5-419.3	Andere Operationen an der Milz: Thermokoagulation	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	32
2	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	24
3	5-592	Raffung des urethrovesikalen Überganges	16
4	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	12
5	5-665	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina	4
6	5-653	Salpingoovariektomie	4
7	5-700	Kuldotomie	< 4
8	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
9	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
10	5-419	Andere Operationen an der Milz	< 4
11	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	< 4
12	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	< 4
13	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	< 4
14	5-546	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum	< 4

B-[PKGYN].7.2 Kompetenzprozeduren

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)

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	59
2	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	8
3	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	7
4	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	6
5	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	< 4
6	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	< 4
7	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
8	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
9	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	< 4
10	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
11	5-659.22	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
12	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
13	1-472.x	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Sonstige	< 4
14	5-710	Inzision der Vulva	< 4
15	1-471.1	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Aspirationskürettage	< 4
16	5-671.02	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Messerkonisation	< 4
17	5-699.x	Andere Operationen an Uterus und Parametrien: Sonstige	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	60
2	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	8
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	7
4	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	6
5	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	< 4
6	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
7	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	< 4
8	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
9	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	< 4
10	5-710	Inzision der Vulva	< 4
11	5-699	Andere Operationen an Uterus und Parametrien	< 4
12	5-671	Konisation der Cervix uteri	< 4
13	5-659	Andere Operationen am Ovar	< 4
14	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
15	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 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

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	46
--------	---	--------------------	----

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

B-[PKGYN].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40
**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
 in Vollkräften**

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	46
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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**

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt Augenheilkunde
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Bull
Telefon	033983 76 0
Fax	033983 76 119
E-Mail	info@augenlinik-grosspankow.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2 a
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk

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

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	14
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKAUG].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	5
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	5
3	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	< 4
4	H27.0	Aphakie	< 4
5	H40.8	Sonstiges Glaukom	< 4

B-[PKAUG].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H25	Cataracta senilis	7
2	H40	Glaukom	6
3	H27	Sonstige Affektionen der Linse	< 4

B-[PKAUG].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKAUG].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-134.2	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Viskokanaloplastik	8
2	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	8
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
4	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
5	5-144.3a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	< 4
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
7	5-146.05	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	9
2	5-134	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen	8
3	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	< 4

B-[PKAUG].7.2 Kompetenzprozeduren

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)

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

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

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

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

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	14
--------	---	-----------------------	----

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

B-[PKAUG].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		0,67	Fälle je VK/Person	20,89552
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,67

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

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

B-[PKANÄS] Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-[PKANÄS].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

B-[PKANÄS].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dirk Mielke
Telefon	03395 685 600
Fax	03395 685 607
E-Mail	d.mielke@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Notfallmedizin, Intensivmedizin, Transfusionsmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKANÄS].6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-[PKANÄS].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig****B-[PKANÄS].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[PKANÄS].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS****B-[PKANÄS].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[PKANÄS].7.2 Kompetenzprozeduren****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)**B-[PKANÄS].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[PKANÄS].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[PKANÄS].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****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

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,55	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	6,05
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,28	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	3,78

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
	AQ54 - Radiologie
2	<i>Kooperation</i>
	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
3	<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				40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		17,45	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,45

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

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

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	162
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	30
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	38
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	20
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	41
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	40
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	19
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	18
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur	
Fallzahl	66
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	33
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	248
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	81
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	242
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	123
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	307
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	40
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	286
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	65
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	25
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
KEP - Knieendoprothesenversorgung	

Fallzahl	251
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	28
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	241
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	41
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	12
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	1456
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	265
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
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 anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu

dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich bundesweit	97,84 - 98,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

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

(bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

7. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als

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

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,43
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung

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

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,43

9. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

10. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

11. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

12. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
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

13. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich bundesweit	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00

Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 7,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

58004

Leistungsbereich

CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,45 - 3,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als</p>

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

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	3,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,64 - 8,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	79
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	1,32
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle

ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

52009

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,55 - 1,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3311
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	34,95
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 1,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3311

Beobachtete Ereignisse

27

20. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID**521801**

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit

%

Bundesergebnis

0,06

Vertrauensbereich bundesweit

0,06 - 0,06

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

21. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

Ergebnis-ID**521800**

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3311
Beobachtete Ereignisse	0

22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3311
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 26,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	17

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,12
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet.</p>

Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator

Fachlicher Hinweis IQTIG

handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,19
Vertrauensbereich bundesweit	6,79 - 7,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,68 - 13,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

27. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,86 - 13,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

28. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	19,49

Vertrauensbereich bundesweit	18,72 - 20,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 40,38 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,51
Vertrauensbereich bundesweit	88,16 - 88,84
Rechnerisches Ergebnis	100

Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,07 - 3,29
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 7,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID

54003

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	8,96
Vertrauensbereich bundesweit	8,75 - 9,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

33. 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 eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID**54015**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,35

Vertrauensbereich bundesweit

1,32 - 1,37

Rechnerisches Ergebnis	1,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 3,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,79 (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. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit</p>

des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,40
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,42
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,29 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

Fachlicher Hinweis IQTIG

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	2,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,69 - 6,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,58 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 54019

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,59
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,86 (95. Perzentil)

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

38. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist</p>

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

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,35
Rechnerisches Ergebnis	2,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 3,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche

Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,47
Vertrauensbereich bundesweit	1,40 - 1,54
Rechnerisches Ergebnis	6,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,27 - 12,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

40. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,21
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,41
Fallzahl	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,43
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,01

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 4,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist</p>

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

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 6,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,49 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,80

Vertrauensbereich bundesweit	8,58 - 9,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

46. 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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen</p>

sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,48
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,88
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,95 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 1,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,74 (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 (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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03

Rechnerisches Ergebnis	1,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,36 - 4,20

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

50. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	603
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,19
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,32
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,11 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,67
Vertrauensbereich bundesweit	99,52 - 99,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	12,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,66 - 20,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. 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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,69
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. 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

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

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,34

55. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162301
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,25 - 1,65
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	0

56. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,56
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0

57. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	2,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,60 - 3,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

58. 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
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,22
Vertrauensbereich bundesweit	2,87 - 3,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

59. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,65 - 98,59
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

60. 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .

Einheit	%
Bundesergebnis	99,29
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,55
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

61. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der</p>

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,77 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere</p>

Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

63. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162304
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	1,84
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

64. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf

der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,75
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 2,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

65. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	2,32
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 4,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

66. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,93
Vertrauensbereich bundesweit	3,20 - 4,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

67. 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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	82,12
Vertrauensbereich bundesweit	81,69 - 82,55

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,24 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	40
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,43
Vertrauensbereich bundesweit	1,36 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge

18

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

18

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

29

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Strukturqualitätsvereinbarungen

Vereinbarung

1 CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma

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	23
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	22
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	22

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 %
		83,33 %
3	Geriatric - PK Station 01 - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		66,67 %
4	Geriatric - PK Station 01 - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 3
5	Geriatric - PK Station 02 - Tagschicht	100 %
		83,33 %
6	Geriatric - PK Station 02 - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 2
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Nachtschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	93,11 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	99,73 %
3	Geriatric - PK Station 01 - Tagschicht	81,92 %
4	Geriatric - PK Station 01 - Nachtschicht	52,88 %
5	Geriatric - PK Station 02 - Tagschicht	95,34 %
6	Geriatric - PK Station 02 - Nachtschicht	58,08 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Tagschicht	95,79 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Nachtschicht	89,01 %
9	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Tagschicht	96,16 %
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Nachtschicht	87,67 %

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

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

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

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

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein