

KMG:Klinikum Nordbrandenburg

Standort Pritzwalk



Strukturierter Qualitätsbericht 2024

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



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	16
	Einleitung	18
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	19
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	19
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	19
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	19
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	21
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	21
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	22
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	23
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	23
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	23
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	24
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	25
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	25
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	25
A-9	Anzahl der Betten	25
A-10	Gesamtfallzahlen	25
A-11	Personal des Krankenhauses	26
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	26
A-11.2	Pflegepersonal	26
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	27
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	28

A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	29
A-12.1	Qualitätsmanagement	29
A-12.1.1	Verantwortliche Person	29
A-12.1.2	Lenkungsgremium	29
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	29
A-12.2.1	Verantwortliche Person	29
A-12.2.2	Lenkungsgremium	29
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	30
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	31
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	32
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	32
A-12.3.1	Hygienepersonal	32
A-12.3.1.1	Hygienekommission	32
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	32
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassozierter Infektionen	33
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	34
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	34
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	35
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	35
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	36
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	36
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	37
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	37
A-12.5.2	Verantwortliche Person	37
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	38

A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	38
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	39
A-13	Besondere apparative Ausstattung	40
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	40
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	40
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	40
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	40
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	41
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	42
B-[PKGRI]	Klinik für Geriatrie	42
B-[PKGRI].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	42
B-[PKGRI].1.1	Fachabteilungsschlüssel	42
B-[PKGRI].1.2	Ärztliche Leitung	42
B-[PKGRI].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	42
B-[PKGRI].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	43
B-[PKGRI].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-[PKGRI].6	Hauptdiagnosen nach ICD	45
B-[PKGRI].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	46
B-[PKGRI].6.2	Kompetenzdiagnosen	46
B-[PKGRI].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	47
B-[PKGRI].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	48
B-[PKGRI].7.2	Kompetenzprozeduren	49
B-[PKGRI].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	49
B-[PKGRI].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	49
B-[PKGRI].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	49

B-[PKGERI].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	49
B-[PKGERI].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	49
B-[PKGERI].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	49
B-[PKGERI].11	Personelle Ausstattung	50
B-[PKGERI].11.1	Ärzte und Ärztinnen	50
B-[PKGERI].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	50
B-[PKGERI].11.1.2	Zusatzweiterbildung	50
B-[PKGERI].11.2	Pflegepersonal	50
B-[PKGERI].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	51
B-[PKGERI].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	51
B-[PKGERI].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	51
B-[PKGERITK]	Geriatrie Tagesklinik	52
B-[PKGERITK].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[PKGERITK].1.1	Fachabteilungsschlüssel	52
B-[PKGERITK].1.2	Ärztliche Leitung	52
B-[PKGERITK].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	52
B-[PKGERITK].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	53
B-[PKGERITK].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-[PKGERITK].6	Hauptdiagnosen nach ICD	54
B-[PKGERITK].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	55
B-[PKGERITK].6.2	Kompetenzdiagnosen	55
B-[PKGERITK].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	56
B-[PKGERITK].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	56
B-[PKGERITK].7.2	Kompetenzprozeduren	56
B-[PKGERITK].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	56

B-[PKGERITK].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	56
B-[PKGERITK].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	56
B-[PKGERITK].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	56
B-[PKGERITK].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	56
B-[PKGERITK].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	56
B-[PKGERITK].11	Personelle Ausstattung	57
B-[PKGERITK].11.1	Ärzte und Ärztinnen	57
B-[PKGERITK].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	57
B-[PKGERITK].11.1.2	Zusatzweiterbildung	57
B-[PKGERITK].11.2	Pflegepersonal	57
B-[PKGERITK].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	58
B-[PKGERITK].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	58
B-[PKGERITK].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	58
B-[PKTRA]	Klinik für Unfallchirurgie und Fußchirurgie	59
B-[PKTRA].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-[PKTRA].1.1	Fachabteilungsschlüssel	59
B-[PKTRA].1.2	Ärztliche Leitung	59
B-[PKTRA].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	59
B-[PKTRA].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	59
B-[PKTRA].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[PKTRA].6	Hauptdiagnosen nach ICD	61
B-[PKTRA].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	62
B-[PKTRA].6.2	Kompetenzdiagnosen	62
B-[PKTRA].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	63
B-[PKTRA].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	64

B-[PKTRA].7.2	Kompetenzprozeduren	65
B-[PKTRA].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	65
B-[PKTRA].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	65
B-[PKTRA].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	65
B-[PKTRA].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	65
B-[PKTRA].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	66
B-[PKTRA].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	67
B-[PKTRA].11	Personelle Ausstattung	67
B-[PKTRA].11.1	Ärzte und Ärztinnen	67
B-[PKTRA].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	67
B-[PKTRA].11.1.2	Zusatzweiterbildung	67
B-[PKTRA].11.2	Pflegepersonal	68
B-[PKTRA].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	69
B-[PKTRA].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	69
B-[PKTRA].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	69
B-[PKVIS]	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasiver Chirurgie	70
B-[PKVIS].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	70
B-[PKVIS].1.1	Fachabteilungsschlüssel	70
B-[PKVIS].1.2	Ärztliche Leitung	70
B-[PKVIS].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	70
B-[PKVIS].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	71
B-[PKVIS].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	71
B-[PKVIS].6	Hauptdiagnosen nach ICD	72
B-[PKVIS].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	73

B-[PKVIS].6.2	Kompetenzdiagnosen	73
B-[PKVIS].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	74
B-[PKVIS].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	75
B-[PKVIS].7.2	Kompetenzprozeduren	76
B-[PKVIS].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	76
B-[PKVIS].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	76
B-[PKVIS].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	76
B-[PKVIS].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	76
B-[PKVIS].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	76
B-[PKVIS].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	76
B-[PKVIS].11	Personelle Ausstattung	77
B-[PKVIS].11.1	Ärzte und Ärztinnen	77
B-[PKVIS].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	77
B-[PKVIS].11.1.2	Zusatzweiterbildung	77
B-[PKVIS].11.2	Pflegepersonal	78
B-[PKVIS].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	78
B-[PKVIS].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	78
B-[PKVIS].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	78
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[PKGEF]	Zentrum für Gefäßchirurgie Nordbrandenburg	79
B-[PKGEF].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	79
B-[PKGEF].1.1	Fachabteilungsschlüssel	79
B-[PKGEF].1.2	Ärztliche Leitung	79
B-[PKGEF].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	79
B-[PKGEF].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	80
B-[PKGEF].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	80

B-[PKGEF].6	Hauptdiagnosen nach ICD	81
B-[PKGEF].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	82
B-[PKGEF].6.2	Kompetenzdiagnosen	82
B-[PKGEF].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	83
B-[PKGEF].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	84
B-[PKGEF].7.2	Kompetenzprozeduren	84
B-[PKGEF].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	85
B-[PKGEF].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	85
B-[PKGEF].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	85
B-[PKGEF].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	85
B-[PKGEF].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	85
B-[PKGEF].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	85
B-[PKGEF].11	Personelle Ausstattung	86
B-[PKGEF].11.1	Ärzte und Ärztinnen	86
B-[PKGEF].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	86
B-[PKGEF].11.1.2	Zusatzweiterbildung	86
B-[PKGEF].11.2	Pflegepersonal	86
B-[PKGEF].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	87
B-[PKGEF].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	87
B-[PKGEF].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	87
B-[PKPLA]	Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	88
B-[PKPLA].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	88
B-[PKPLA].1.1	Fachabteilungsschlüssel	88
B-[PKPLA].1.2	Ärztliche Leitung	88
B-[PKPLA].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	88

B-[PKPLA].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	89
B-[PKPLA].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-[PKPLA].6	Hauptdiagnosen nach ICD	90
B-[PKPLA].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	91
B-[PKPLA].6.2	Kompetenzdiagnosen	91
B-[PKPLA].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	92
B-[PKPLA].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	94
B-[PKPLA].7.2	Kompetenzprozeduren	94
B-[PKPLA].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	95
B-[PKPLA].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	95
B-[PKPLA].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	95
B-[PKPLA].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	95
B-[PKPLA].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	95
B-[PKPLA].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-[PKPLA].11	Personelle Ausstattung	96
B-[PKPLA].11.1	Ärzte und Ärztinnen	96
B-[PKPLA].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	96
B-[PKPLA].11.1.2	Zusatzweiterbildung	96
B-[PKPLA].11.2	Pflegepersonal	97
B-[PKPLA].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	97
B-[PKPLA].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	97
B-[PKPLA].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	97
B-[PKGYN]	Klinik für Gynäkologie	98
B-[PKGYN].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	98
B-[PKGYN].1.1	Fachabteilungsschlüssel	98

B-[PKGYN].1.2	Ärztliche Leitung	98
B-[PKGYN].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	98
B-[PKGYN].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	99
B-[PKGYN].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	99
B-[PKGYN].6	Hauptdiagnosen nach ICD	99
B-[PKGYN].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	100
B-[PKGYN].6.2	Kompetenzdiagnosen	100
B-[PKGYN].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	100
B-[PKGYN].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	101
B-[PKGYN].7.2	Kompetenzprozeduren	101
B-[PKGYN].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	102
B-[PKGYN].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	102
B-[PKGYN].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	102
B-[PKGYN].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	102
B-[PKGYN].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	103
B-[PKGYN].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	103
B-[PKGYN].11	Personelle Ausstattung	103
B-[PKGYN].11.1	Ärzte und Ärztinnen	103
B-[PKGYN].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	103
B-[PKGYN].11.1.2	Zusatzweiterbildung	103
B-[PKGYN].11.2	Pflegepersonal	104
B-[PKGYN].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	104
B-[PKGYN].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	104
B-[PKGYN].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	104
B-[PKAUG]	Klinik für Ophthalmologie	105

B-[PKAUG].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	105
B-[PKAUG].1.1	Fachabteilungsschlüssel	105
B-[PKAUG].1.2	Ärztliche Leitung	105
B-[PKAUG].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	105
B-[PKAUG].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	105
B-[PKAUG].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	106
B-[PKAUG].6	Hauptdiagnosen nach ICD	106
B-[PKAUG].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	106
B-[PKAUG].6.2	Kompetenzdiagnosen	106
B-[PKAUG].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	107
B-[PKAUG].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	107
B-[PKAUG].7.2	Kompetenzprozeduren	107
B-[PKAUG].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	107
B-[PKAUG].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	108
B-[PKAUG].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	108
B-[PKAUG].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	108
B-[PKAUG].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	108
B-[PKAUG].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	108
B-[PKAUG].11	Personelle Ausstattung	108
B-[PKAUG].11.1	Ärzte und Ärztinnen	108
B-[PKAUG].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	108
B-[PKAUG].11.1.2	Zusatzweiterbildung	108
B-[PKAUG].11.2	Pflegepersonal	109
B-[PKAUG].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	109
B-[PKAUG].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	109

B-[PKAUG].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	109
B-[PKANÄS]	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	110
B-[PKANÄS].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	110
B-[PKANÄS].1.1	Fachabteilungsschlüssel	110
B-[PKANÄS].1.2	Ärztliche Leitung	110
B-[PKANÄS].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	110
B-[PKANÄS].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	110
B-[PKANÄS].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	110
B-[PKANÄS].6	Hauptdiagnosen nach ICD	111
B-[PKANÄS].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	111
B-[PKANÄS].6.2	Kompetenzdiagnosen	111
B-[PKANÄS].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	111
B-[PKANÄS].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	111
B-[PKANÄS].7.2	Kompetenzprozeduren	111
B-[PKANÄS].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	111
B-[PKANÄS].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	111
B-[PKANÄS].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	111
B-[PKANÄS].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	111
B-[PKANÄS].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	111
B-[PKANÄS].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	111
B-[PKANÄS].11	Personelle Ausstattung	112
B-[PKANÄS].11.1	Ärzte und Ärztinnen	112
B-[PKANÄS].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	112
B-[PKANÄS].11.1.2	Zusatzweiterbildung	112
B-[PKANÄS].11.2	Pflegepersonal	113
B-[PKANÄS].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	113

B-[PKANÄS].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	113
B-[PKANÄS].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	113
C	Qualitätssicherung .....	.....	114
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	114
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	.....	114
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	.....	116
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....	.....	116
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	168
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	168
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	168
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	169
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	169
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr .....	.....	169
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	170
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	.....	170
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	.....	170
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	171

C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	171
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	171
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	171
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	172
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	172

Vorwort

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

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

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

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

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

Standort Wittstock

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

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

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

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

Standort Kyritz

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

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

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

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

Standort Pritzwalk

Mit dem Umzug der Kardiologie und der Gastroenterologie von Wittstock nach Pritzwalk kann Pritzwalk den Status als Sicherstellungshaus und als Lokales Traumazentrum ebenso behalten wie die hochentwickelte Gefäßmedizin. So kann Pritzwalk als Krankenhausstandort insgesamt weiter bestehen und sich positiv weiterentwickeln. Zum Hintergrund: Die Leistungen eines Krankenhauses werden zukünftig in Leistungsgruppen eingeteilt. Um eine Leistungsgruppe für eine bestimmte Fachdisziplin zu erhalten, müssen zahlreiche Voraussetzungen und Bedingungen erfüllt werden, die die Standorte, wie sie heute bestehen, vielfach nicht mehr erfüllen würden.

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

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

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

Ohne Anschluss an eine umfassende Radiologie und auch ohne weitere Versorgungsmöglichkeiten durch fachübergreifende Kooperationen würden die Kardiologie und die Gastroenterologie in ihrer heutigen Form den Anschluss an die medizinische Entwicklung verlieren. Dadurch würden sie zunehmend uninteressant für den medizinischen Nachwuchs werden und die ärztliche Versorgung könnte mittelfristig nicht sichergestellt werden.

Das hat nichts mit der Qualität der Arbeit der Kolleg*innen in Wittstock zu tun. Sowohl in Wittstock als auch in Pritzwalk wird hervorragende medizinische Qualität geboten.

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

Einleitung

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

Das halten wir am Standort 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	Christoph Hentschel
Telefon	03395 685 114
Fax	03395 685 129
E-Mail	C.Hentschel@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

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

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses

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

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	<u>http://www.kmg-kliniken.de</u>	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	Giesendorfer Weg
Hausnummer	2A
IK-Nummer	261201323
Standort-Nummer	771599000
Standort-URL	http://www.kmg-kliniken.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

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

Verwaltungsleitung

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

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name	Christoph Hentschel
Telefon	03394 427 100

Fax 03394 427 101
E-Mail C.Hentschel@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

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

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztliche Direktorin - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon 03395 685 292
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 Christoph Hentschel
Telefon 03395 685 114
Fax 03395 685 129
E-Mail C.Hentschel@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-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
- 1 *Sozialdienst*
- 2 MP53 - Aromapflege/-therapie
- 3 MP04 - Atemgymnastik/-therapie
- 4 MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
- 5 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
- 5 *z. B. bei Diabetes mellitus*
- 6 MP69 - Eigenblutspende
- 7 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 8 MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 9 MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
- 9 *auch Computergestützt*
- 10 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 11 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 12 MP25 - Massage
- 12 *z. B. Akupunkturmassage, Binde- gewebsmassage, Shiatsu*
- 13 MP26 - Medizinische Fußpflege
- 13 *kommt bei Bedarf auf Station*
- 14 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
- 14 *z. B. Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Konzentратiv Bewegungstherapie, Entspannungstherapie*
- 15 MP37 - Schmerztherapie/-management
- 16 MP63 - Sozialdienst
- 17 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
- 17 *z. B. Vorträge, Informationsveranstaltungen, Tag der offenen Tür*
- 18 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
- 18 *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/Orthopädiertechnik
- 23 MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
- 24 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
- 25 MP51 - Wundmanagement
- 25 *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/Brückenzpfege/Überleitungspflege
- 30 MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 31 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
 - nur Physikalische Therapie*
- 32 MP70 - Spezielles Leistungsangebot für an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten

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
- 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
 - 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
- 2 *Diät- und Diabetesberatung, spezielle Kostform*
 - BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer
 - 3 Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
 - elektrisch verstellbar bis 225 kg*
 - BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer
 - 4 Körpergröße, z.B. Patientenlifter
 - Patientenwaage, Patientenliefter, Toilettenstuhl, Rollstuhl, Rollator ect.*
 - BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
 - Anti-Thrombosestrümpfe bis Größe 8, sonst wickeln*
 - BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer
 - 6 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)
- 6 HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
- 7 HB06 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin
- 8 HB09 - Logopäde und Logopädin

A-9 Anzahl der Betten

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

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	3311
Teilstationäre Fallzahl	178
Ambulante Fallzahl	5888
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				29,53
Beschäftigungsverhältnis	Mit	29,53	Ohne	0
Versorgungsform				
Ambulant	1,6	Stationär		27,93
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				22,15
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,15	Ohne	0
Versorgungsform				
Ambulant	1,6	Stationär		20,55
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				87,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	87,88	Ohne	0
Versorgungsform				
Ambulant	1,75	Stationär		86,13
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				16,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,78	Ohne	0
Versorgungsform				
Ambulant	1,5	Stationär		15,28
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				4,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,25	Ohne	0
Versorgungsform				
Ambulant	0	Stationär		4,25
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,99
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,99	Ohne	0
Versorgungsform				
Ambulant	0	Stationär		0,99
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt				4,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,07	Ohne	0
Versorgungsform				
Ambulant	0	Stationär		4,07
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				11,13

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

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				2,62
--------	--	--	--	------

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

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				1,47
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,47

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1,47
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,47

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				10,43
--------	--	--	--	-------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,66	Stationär	7,77

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				2,66
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,66	Stationär	0

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				3,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,21

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				4,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,5

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				1,22
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,22

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

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

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				0,96
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,96

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

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: 17.04.2025

RM05: Schmerzmanagement

- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Konzept Schmerztherapie im KMG Klinikum Pritzwalk

Letzte Aktualisierung: 07.03.2025

RM06: Sturzprophylaxe

- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Sturzprophylaxe

Letzte Aktualisierung: 14.11.2022

RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)

- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Pflegestandards KMG Kliniken:A3.2 Expertenstandard Dekubitus A3.3 Dekubitusprophylaxe allgemein A3.4 Dekubitusbehandlung Grad I bis II A3.5 Dekubitusbehandlung Grad III bis IV

Letzte Aktualisierung: 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

- 8 Umgang mit Medizinprodukten in den KMG Kliniken; Zuständigkeit Abt. Medizintechnik KMG Kliniken plc.; Standardisierte Vorlagen zur Meldung von Störungen vorhanden; Geräteverantwortliche Mitarbeiter in den Abteilungen benannt

Letzte Aktualisierung: 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: 20.06.2025

RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde

- 12 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_institutionallisierte 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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme

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

Letzte Aktualisierung: 04.07.2024

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

- 2 Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem

Frequenz: bei Bedarf

3 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen

Frequenz: bei Bedarf

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums

bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw.

Aktualisierung der VA_Critical-Incidents-Reporting CIRS am 04.07.2024 erfolgt

sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

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 Hygienezpersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen) 1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein
Anzahl (in Personen) 1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein
Anzahl (in Personen) 2

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein
Anzahl (in Personen) 12

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefärztin / Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon 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 gefäßkatheterassozierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

- Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie Ja
liegt vor
- Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Ja
Resistenzlage angepasst
- Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung
oder die Arzneimittelkommission oder die Ja
Hygienekommission autorisiert

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

- Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

- Auswahl Ja

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

- Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

- Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

- Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf Ja
allen Allgemeinstationen erhoben

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen 22,43
Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs Ja
auf allen Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen 87,58
Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

- | | | |
|---|--|---------|
| # | Option | Auswahl |
| 1 | Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html). Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | Ja |
| 2 | Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | Ja |

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

Instrument bzw. Maßnahme

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

Teilnahme bereits seit 2008

HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

2 **Frequenz:** monatlich

Pflichtthema - fester Bestandteil des Fortbildungskalenders

HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten

3 **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

Ansprechpartner für Beschwerden ist der Geschäftsführer in Zusammenarbeit mit dem QMB.

2 Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.

Ja

Wahrnehmung der Aufgabe durch den Sozialdienst.

3 Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden

Ja

Für anonyme Eingaben von Beschwerden steht das Formular FM_Beschwerde zur Verfügung.

Ja

4 Patientenbefragungen

Fragebögen werden bei der Aufnahme dem Patienten ausgehändigt.

Ja

5 Einweiserbefragungen

Ja

6 Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.

Ja

Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement

7 Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.

Ja

Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement

8 Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.

Ja

Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
9		<i>Verfahrensanweisung 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 Scharnitzki
Telefon	03395 685 114
Fax	03395 685 129
E-Mail	S.Scharnitzki@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	Leitende Apothekerin
Titel, Vorname, Name	Dr. Dagmar Eschke
Telefon	03391 39 4200
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
 - 7 AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)
 - 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)
 - 9 **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)
- 9 **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 Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen Ja
vorgesehen?

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Ja

Schutzkonzepte

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
2	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
3	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	<i>z.B. Hämofiltration, Dialyse</i>
4	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich
5	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich
6	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Keine Angabe erforderlich

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine
Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen
Vereinigung in oder an dem Krankenhaus
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 Ja
eine Kooperationsvereinbarung mit der
Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[PKGERT] Klinik für Geriatrie

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

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Geriatrie

B-[PKGERT].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 0200 - Geriatrie

B-[PKGERT].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart 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	Giesendorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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

Vollstationäre Fallzahl	1094
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKGERT].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	55
2	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	41
3	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	34
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	31
5	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	31
6	S06.0	Gehirnerschütterung	30
7	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	28
8	E86	Volumenmangel	24
9	M54.4	Lumboischialgie	23
10	R55	Synkope und Kollaps	19
11	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	18
12	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	16
13	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	15
14	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	15
15	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	15
16	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	14
17	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	14
18	S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	13
19	A46	Erysipel [Wundrose]	13
20	M54.5	Kreuzschmerz	12
21	S32.5	Fraktur des Os pubis	12
22	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	11
23	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	11
24	I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	11
25	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	10
26	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	9
27	S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens	8
28	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	8
29	S20.2	Prellung des Thorax	7
30	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	7

B-[PKGERT].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	157
2	I63	Hirninfarkt	66
3	I50	Herzinsuffizienz	66
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	46
5	S06	Intrakranielle Verletzung	46
6	M54	Rückenschmerzen	46
7	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	42
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	41
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	34
10	E86	Volumenmangel	24
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	21
12	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	21
13	R55	Synkope und Kollaps	19
14	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	17
15	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	15
16	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	15
17	A46	Erysipel [Wundrose]	13
18	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	13
19	S52	Fraktur des Unterarmes	13
20	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	11
21	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	10
22	I21	Akuter Myokardinfarkt	10
23	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	9
24	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	9
25	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	9
26	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	9
27	N17	Akutes Nierenversagen	9
28	A41	Sonstige Sepsis	8
29	G30	Alzheimer-Krankheit	7
30	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	7

B-[PKGERT].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKGERT].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	916
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	215
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	195
4	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolger Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	163
5	3-200	Native Computertomographie des Schädel	147
6	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	88
		Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	
7	8-98g.11	Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	85
8	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	79
		Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	
9	8-98g.10	Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	31
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	30
		Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	
11	8-98g.12	Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	29
12	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	29
13	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	27
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	24
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	23
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	23
17	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	16
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	15
19	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	13
20	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	12
21	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	11
22	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	10
		Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	
23	8-98g.13	Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	8
24	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	8
25	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädel	8
26	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	8
27	3-206	Native Computertomographie des Beckens	5
28	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	5

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	8-201.g	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Hüftgelenk	5
30	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	5

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	1024
2	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	5
3	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	4
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	4
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	4
6	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	4
7	3-202	Native Computertomographie des Thorax	< 4
8	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	< 4
9	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
10	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	< 4
11	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
12	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
13	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
14	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
15	5-381	Endarteriektomie	< 4
16	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
17	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	< 4
18	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	< 4
19	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	< 4
20	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	< 4
21	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	< 4
22	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
23	8-83c	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
24	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	< 4
25	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	< 4
26	3-996	Anwendung eines 3D-Bildwandlers	< 4
27	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	< 4
28	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
29	8-900	Intravenöse Anästhesie	< 4
30	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	< 4

B-[PKGERT].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[PKGERT].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-[PKGERT].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[PKGERT].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[PKGERT].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[PKGERT].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[PKGERT].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[PKGERT].11 Personelle Ausstattung

B-[PKGERT].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,37	Fälle je VK/Person	203,7244
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,37
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		3,37	Fälle je VK/Person	324,6291
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,37

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

Facharztbezeichnungen

1 AQ23 - Innere Medizin

Innere Medizin und Allgemein Medizin, Innere Medizin und Geriatrie

2 AQ54 - Radiologie

Kooperation

3 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin

Kooperation

B-[PKGERT].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1 ZF09 - Geriatrie

2 ZF28 - Notfallmedizin

3 ZF30 - Palliativmedizin

4 ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)

B-[PKGERT].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		22,09	Fälle je VK/Person	49,52467
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,09

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,19	Fälle je VK/Person	342,9467
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,19

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,82	Fälle je VK/Person	387,943268
--------	--	------	-----------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,82

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		5,44	Fälle je VK/Person	201,102936
--------	--	------	-----------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,44

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,81	Fälle je VK/Person	604,4199
--------	--	------	-----------------------	----------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,81

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

B-[PKGERTK] Geriatrie Tagesklinik

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

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Geriatrie Tagesklinik

B-[PKGERTK].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[PKGERTK].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	Giesendorfer Weg
Hausnummer	2 A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[PKGERTK].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-[PKGERTK].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 Lymphgefäß und der Lymphknoten
- 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 - Geriatrische Tagesklinik
- 22 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 23 VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
- 24 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
- 25 VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
- 26 VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
- 27 VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 28 VN23 - Schmerztherapie
- 29 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 30 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
- 31 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- 32 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 33 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 34 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- 35 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 36 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
- 37 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 38 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 39 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 40 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 41 VR02 - Native Sonographie

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

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	178

B-[PKGERTK].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	25
2	M54.4	Lumboischialgie	6
3	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	6
4	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	5
5	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	5
6	M54.5	Kreuzschmerz	4
7	S32.89	Fraktur: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens	4
8	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	4
9	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	4
10	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	4
11	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	< 4
12	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
13	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	< 4
14	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	< 4
15	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	< 4
16	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	< 4
17	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	< 4
18	S32.1	Fraktur des Os sacrum	< 4
19	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4
20	S06.0	Gehirnerschüttung	< 4
21	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
23	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	< 4
24	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	< 4
25	S20.2	Prellung des Thorax	< 4
26	S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	< 4
27	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	< 4
28	I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	< 4
29	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	< 4
30	S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)	< 4

B-[PKGERTK].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	26
2	S72	Fraktur des Femurs	22
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	21
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	14
5	I50	Herzinsuffizienz	12
6	M54	Rückenschmerzen	10
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	5
8	S52	Fraktur des Unterarmes	5
9	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	4
10	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
11	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	< 4
12	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
13	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
14	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	< 4
15	E86	Volumenmangel	< 4
16	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	< 4
17	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	< 4
18	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	< 4
19	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
20	M19	Sonstige Arthrose	< 4
21	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	< 4
22	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
23	A41	Sonstige Sepsis	< 4
24	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4
25	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	< 4
26	S40	Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes	< 4
27	S60	Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	< 4
28	S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	< 4
29	I26	Lungenembolie	< 4
30	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	< 4

B-[PKGERTK].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKGERTK].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (4-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	1921
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	66
3	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	59
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	49
5	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	24
6	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	5
7	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	5
8	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	< 4
9	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
10	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
11	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	< 4
12	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
13	5-789.b1	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung eines frakturgefährdeten Knochens: Humerus proximal	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	1921

B-[PKGERTK].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[PKGERTK].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

B-[PKGERTK].11 Personelle Ausstattung

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

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

B-[PKGERTK].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[PKGERTK].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

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

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

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 2 ZP07 - Geriatrie
- 2 *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-[PKGERTK].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. Petr Messner
Telefon	03395 685 201
Fax	03395 685 211
E-Mail	P.Messner@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesendorfer 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*
- 27 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- 28 VC58 - Spezialsprechstunde
- 29 *BG-Sprechstunde, Schultersprechstunde, Fußsprechstunde, Sprechstunde Endoprothetik*
- 30 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 31 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- 32 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 33 VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
- 34 VO21 - Traumatologie
- 35 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 36 VC30 - Septische Knochenchirurgie
- 37 VC69 - Verbrennungschirurgie
- 38 VO16 - Handchirurgie
- 39 VO14 - Endoprothetik
- 40 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 41 VR41 - Interventionelle Radiologie
- 42 VR44 - Teleradiologie
- 43 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 44 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 45 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 46 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 47 VR02 - Native Sonographie
- 48 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

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

Vollstationäre Fallzahl	973
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKTRA].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	173
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	46
3	S20.2	Prellung des Thorax	32
4	M54.4	Lumboischialgie	31
5	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	23
6	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	19
7	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	18
8	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	16
9	A46	Erysipel [Wundrose]	16
10	S80.0	Prellung des Knies	16
11	M54.5	Kreuzschmerz	14
12	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	11
13	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	11
14	S70.0	Prellung der Hüfte	11
15	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	10
16	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	10
17	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	9
18	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	9
19	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	8
20	M70.2	Bursitis olecrani	8
21	M20.1	Hallux valgus (erworben)	8
22	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	7
23	S82.82	Trimalleolarfraktur	7
24	S83.0	Luxation der Patella	7
25	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	7
26	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	7
27	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	7
28	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	7
29	S83.2	Meniskusriss, akut	6
30	S30.1	Prellung der Bauchdecke	6

B-[PKTRA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	176
2	M54	Rückenschmerzen	52
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	48
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	42
5	S52	Fraktur des Unterarmes	39
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	33
7	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	32
8	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	29
9	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	28
10	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	25
11	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	23
12	S72	Fraktur des Femurs	23
13	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	23
14	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	21
15	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	19
16	L03	Phlegmone	17
17	A46	Erysipel [Wundrose]	16
18	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	16
19	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	14
20	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	13
21	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	13
22	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	13
23	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	12
24	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	11
25	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	10
26	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	10
27	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	9
28	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	9
29	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	8
30	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	8

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	150
2	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	148
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	143
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	123
5	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	88
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	85
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	79
8	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	77
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	73
10	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	58
11	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	50
12	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	49
13	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	39
14	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	39
15	5-822.g2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)	37
16	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	32
17	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	30
18	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	29
19	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	28
20	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	25
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	24
22	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	23
23	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	20
24	8-191.20	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Ohne Debridement-Bad	19
25	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	19
26	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Meniskus: Meniskusresektion, partiell	19
27	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	17
28	5-916.7g	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Fuß	16
29	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	16

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	14

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	103
2	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	89
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	88
4	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	55
5	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	52
6	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	42
7	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	37
8	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	24
9	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	21
10	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	20
11	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	20
12	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	20
13	5-786	Osteosyntheseverfahren	19
14	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	19
15	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	18
16	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	17
17	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	16
18	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	15
19	8-915	Infektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	14
20	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	11
21	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	11
22	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	10
23	5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	10
24	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	9
25	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	8
26	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	7
27	8-917	Infektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	6
28	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	6
29	5-836	Spondylodese	6
30	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	5

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 Absatz 5 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	<i>Angebot Physiotherapeutischer Leistungen</i>
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Zentrale Notaufnahme</i>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<i>Lokales Traumazentrum</i>
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>MVZ Pritzwalk- Praxis für Chirurgie</i> <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	22
2	5-780.6w	Incision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß	10
3	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	6
4	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	4
5	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	4
6	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
7	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
8	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	< 4
9	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	< 4
10	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	< 4
11	5-788.5c	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal	< 4
12	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	< 4
13	5-796.kb	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
14	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	< 4
15	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	< 4
16	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	< 4
17	5-787.96	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Radius distal	< 4
18	5-782.ab	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Metakarpale	< 4
19	5-782.au	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Tarsale	< 4
20	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	< 4
21	5-787.0a	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Karpale	< 4
22	5-056.3	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm	< 4
23	5-781.a7	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Ulna proximal	< 4
24	5-859.24	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Hand	< 4
25	5-788.06	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale	< 4
26	5-788.57	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus II bis V, 1 Phalanx	< 4
27	5-787.gr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Fibula distal	< 4
28	5-787.g0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Klavikula	< 4
29	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiusschaft	< 4
30	5-790.0v	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Metatarsale	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	38
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	22
3	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	10
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
5	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	5
6	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	4
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
8	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
9	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	< 4
10	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
11	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
12	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	< 4
13	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
14	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
15	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
16	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 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	5,54	Fälle je VK/Person	183,931946
--------	------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,54	Ohne	0
--------------------------	------------	------	-------------	---

Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	5,29
-----------------	-----------------	------	------------------	------

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,25	Fälle je VK/Person	324,333344
--------	------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,25	Ohne	0
--------------------------	------------	------	-------------	---

Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	3
-----------------	-----------------	------	------------------	---

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

Facharztbezeichnungen

1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
2 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

3 AQ54 - Radiologie

4 Kooperation

4 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin

4 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		13,83	Fälle je VK/Person	70,3543
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,83

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	973
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,07	Fälle je VK/Person	13900
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,07

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,45	Fälle je VK/Person	2162,22217
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,45

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,38	Fälle je VK/Person	705,072449
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,38

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	1297,33337
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,86	Fälle je VK/Person	340,2098
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,86

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	714
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKVIS].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	104
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	35
3	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	24
4	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	22
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	22
6	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	21
7	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	20
8	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	20
9	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	19
10	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	17
11	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	17
12	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	16
13	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	15
14	K61.0	Analabszess	15
15	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	15
16	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	14
17	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	12
18	L72.1	Trichilemmalzyste	11
19	N20.1	Ureterstein	11
20	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	10
21	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	9
22	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	9
23	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	8
24	K85.00	Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	7
25	K29.6	Sonstige Gastritis	7
26	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	7
27	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	7
28	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	6
29	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	6
30	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	5

B-[PKVIS].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	124
2	K40	Hernia inguinalis	64
3	K80	Cholelithiasis	62
4	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	47
5	K35	Akute Appendizitis	32
6	E04	Sonstige nichttoxische Struma	29
7	K43	Hernia ventralis	28
8	K42	Hernia umbilicalis	23
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	22
10	K57	Divertikulose des Darms	22
11	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	20
12	L05	Pilonidalzyste	19
13	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	17
14	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	17
15	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	16
16	K29	Gastritis und Duodenitis	15
17	N20	Nieren- und Ureterstein	14
18	K85	Akute Pankreatitis	13
19	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	13
20	K81	Cholezystitis	6
21	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	5
22	A46	Erysipel [Wundrose]	5
23	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	5
24	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4
25	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	4
26	K82	Sonstige Krankheiten der Gallenblase	4
27	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	4
28	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4
29	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	4
30	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	< 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	89
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	76
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	69
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	47
5	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	44
6	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	42
7	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	42
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	39
9	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	30
10	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolger Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	28
11	5-063.0	Thyreidektomie: Ohne Parathyreidektomie	26
12	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	26
13	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	26
14	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	23
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	17
16	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	17
17	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	16
18	5-534.36	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	14
19	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	12
20	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	10
21	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	10
22	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	10
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	9
24	5-932.41	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	9
25	5-061.0	Hemithyreidektomie: Ohne Parathyreidektomie	9
26	1-653	Diagnostische Proktoskopie	9

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	8-831.02	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine periphere Vene in ein zentralvenöses Gefäß	9
28	5-539.31	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	8
29	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolysen: Laparoskopisch	8
30	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	8

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-511	Cholezystektomie	73
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	55
3	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	42
4	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	35
5	5-470	Appendektomie	33
6	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	31
7	5-063	Thyreoidektomie	26
8	5-469	Andere Operationen am Darm	25
9	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	24
10	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	22
11	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	21
12	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	19
13	5-916	Temporäre Weichteildeckung	10
14	5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	9
15	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	9
16	1-653	Diagnostische Proktoskopie	9
17	5-061	Hemithyreoidektomie	9
18	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	8
19	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	7
20	5-454	Resektion des Dünndarmes	7
21	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	7
22	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	6
23	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	6
24	5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	6
25	5-312	Permanente Tracheostomie	5
26	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	5
27	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	5
28	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5
29	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
30	1-650	Diagnostische Koloskopie	4

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	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	9
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
3	5-534.34	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	< 4
4	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	11
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 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		4,2	Fälle je VK/Person	192,972977
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	3,7
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,2	Fälle je VK/Person	192,972977
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	3,7

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

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

B-[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		10,11	Fälle je VK/Person	70,62315
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,11

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	2163,63623
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,01	Fälle je VK/Person	706,9307
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,01

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,48	Fälle je VK/Person	482,432434
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,48

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 Giesendorfer 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 - Dialysehundschirurgie
- 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 Lymphgefäß 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	321
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	59
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	55
3	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	42
4	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	27
5	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	17
6	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	17
7	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	10
8	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	10
9	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	9
10	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	6
11	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	6
12	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	5
13	A46	Erysipel [Wundrose]	4
14	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4
15	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	< 4
16	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	< 4
17	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	< 4
19	E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	< 4
20	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	< 4
21	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	< 4
22	I70.29	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet	< 4
23	M89.57	Osteolyse: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
24	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	< 4
25	R02.06	Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel und Knie	< 4
26	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	< 4
27	M86.27	Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
28	I67.88	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten	< 4
29	I72.8	Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien	< 4
30	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	< 4

B-[PKGEF].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	160
2	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	42
3	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	24
4	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	12
5	I83	Varizen der unteren Extremitäten	12
6	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	11
7	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	10
8	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	10
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
10	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	6
11	A46	Erysipel [Wundrose]	4
12	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	< 4
13	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
14	I50	Herzinsuffizienz	< 4
15	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	< 4
16	M89	Sonstige Knochenkrankheiten	< 4
17	I20	Angina pectoris	< 4
18	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	< 4
19	M86	Osteomyelitis	< 4
20	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
21	T25	Verbrennung oder Verätzung der Knöchelregion und des Fußes	< 4
22	L03	Phlegmone	< 4
23	I87	Sonstige Venenkrankheiten	< 4
24	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
25	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	< 4
26	K63	Sonstige Krankheiten des Darms	< 4
27	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäß und Lymphknoten	< 4
28	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	< 4
29	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	< 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	159
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	124
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	103
4	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	94
5	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	81
6	8-83c.72	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Intraarterielle Spasmolyse an sonstigen Gefäßen: 3 oder mehr Gefäße	64
7	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	62
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	55
9	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	53
10	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	46
11	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	44
12	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	44
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	44
14	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	43
15	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	43
16	5-386.a6	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß	42
17	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	42
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	42
19	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	41
20	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	41
21	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	39
22	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	37
23	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	34
24	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolger Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	34
25	5-930.01	Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Mit externer In-vitro-Aufbereitung	34
26	5-916.7f	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	32
27	5-984	Mikrochirurgische Technik	31

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	8-831.02	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine periphere Vene in ein zentralvenöses Gefäß	28
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	28
30	5-381.54	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	28

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Endarteriektomie	254
2	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	165
3	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	152
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	139
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	103
6	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	98
7	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	80
8	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	80
9	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	80
10	8-83c	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention	64
11	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	57
12	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	55
13	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	52
14	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	44
15	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	43
16	5-984	Mikrochirurgische Technik	31
17	5-388	Naht von Blutgefäßen	28
18	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	25
19	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	24
20	5-866	Revision eines Amputationsgebietes	24
21	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	22
22	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	22
23	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	20
24	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	19
25	5-389	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen	18
26	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	18
27	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	15
28	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	14
29	5-901	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	11
30	5-382	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung	11

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	MVZ Pritzwalk
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<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	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena magna	15
2	5-385.7a	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena parva	4
3	5-385.4	Entfernung und Verschluss von Varizen: Transkutaner Verschluss der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	< 4
4	5-385.9d	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvene	< 4
5	5-385.d0	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	< 4
6	5-385.90	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	< 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	27

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		5,38	Fälle je VK/Person	62,5731
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	5,13
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,42	Fälle je VK/Person	76,97842
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	4,17

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ07 - Gefäßchirurgie
- 2 AQ06 - Allgemeinchirurgie
- 3 AQ54 - Radiologie
- 3 *Kooperation*
- 4 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- 4 *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		4,57	Fälle je VK/Person	70,2407
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,57

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,22	Fälle je VK/Person	1459,091
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,22

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,68	Fälle je VK/Person	472,0588
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,68	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,68
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,99	Fälle je VK/Person	324,242432
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,99

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	156
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	47
2	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	11
3	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	9
4	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	9
5	L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	8
6	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
7	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	5
8	L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	4
9	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
10	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
11	L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	< 4
12	E86	Volumenmangel	< 4
13	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
14	L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
15	L72.1	Trichilemmalzyste	< 4
16	L72.0	Epidermalzyste	< 4
17	L02.0	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel im Gesicht	< 4
18	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	< 4
19	C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	< 4
20	D23.3	Sonstige gutartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
21	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	< 4
22	C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
23	C49.2	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	< 4
24	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	< 4
25	C49.3	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax	< 4
26	D48.5	Neubildung unsicherer oder unbekannten Verhaltens: Haut	< 4
27	L03.2	Phlegmone im Gesicht	< 4
28	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	< 4
30	D04.6	Carcinoma in situ: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	< 4

B-[PKPLA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	74
2	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	18
3	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
4	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	9
5	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	4
6	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	4
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
8	L03	Phlegmone	< 4
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
10	E86	Volumenmangel	< 4
11	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	< 4
12	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	< 4
13	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
14	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	< 4
15	D04	Carcinoma in situ der Haut	< 4
16	M72	Fibromatosen	< 4
17	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	< 4
18	D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	< 4
19	D48	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
20	H60	Otitis externa	< 4
21	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4
22	L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	< 4
23	T25	Verbrennung oder Verätzung der Knöchelregion und des Fußes	< 4
24	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	< 4
25	C43	Bösartiges Melanom der Haut	< 4
26	S50	Oberflächliche Verletzung des Unterarmes	< 4
27	M65	Synovitis und Tenosynovitis	< 4
28	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	< 4
29	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	T23	Verbrennung oder Verätzung des Handgelenkes und der Hand	< 4

B-[PKPLA].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKPLA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	78
2	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	48
3	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	34
4	5-850.d7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	34
5	5-850.b7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	31
6	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	31
7	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	31
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	28
9	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	27
10	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	26
11	5-896.1d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	24
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	20
13	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	18
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	16
15	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	15
16	5-850.d9	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel	14
17	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	13
18	8-390.0	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Spezialbett	12
19	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	11
20	5-857.00	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Kopf und Hals	11
21	5-850.da	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Fuß	11
22	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	11
23	5-850.d8	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberschenkel und Knie	11

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	10
25	5-903.74	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	10
26	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	10
27	5-901.14	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle: Vollhaut: Sonstige Teile Kopf	9
28	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	9
29	5-894.34	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Sonstige Teile Kopf	9
30	8-191.20	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Ohne Debridement-Bad	8

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	166
2	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	123
3	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	115
4	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	112
5	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	74
6	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	38
7	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	25
8	5-901	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	23
9	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	13
10	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	9
11	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	7
12	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	6
13	5-186	Plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel	5
14	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	5
15	5-182	Resektion der Ohrmuschel	5
16	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	4
17	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	4
18	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	4
19	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	< 4
20	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	< 4
21	5-016	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen	< 4
22	5-921	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen	< 4
23	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
24	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	< 4
25	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
26	8-152	Therapeutische perkutane Punktions von Organen des Thorax	< 4
27	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	< 4
28	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	< 4
29	3-220	Computertomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	< 4
30	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	< 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	MVZ Pritzwalk
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.
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	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	< 4
2	5-097.0	Blepharoplastik: Hebung der Augenbraue	< 4
3	5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	< 4
4	5-188.3	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Plastik des Ohrläppchens	< 4
5	5-852.90	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Kopf und Hals	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-097	Blepharoplastik	4
2	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
3	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	< 4
4	5-188	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres	< 4

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung Nein

vorhanden

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		1,94	Fälle je VK/Person	84,78261
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	1,84
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	222,857147
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
- 4 *Kooperation*
AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- 4 *Kooperation*

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	2,23	Fälle je VK/Person	69,95516
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2,23	Ohne 0	
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär 2,23	

**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 Giesendorfer 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	10
2	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	10
3	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	6
4	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	4
5	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	< 4
6	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	< 4
7	D39.7	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Sonstige weibliche Genitalorgane	< 4
8	N87.1	Mittelgradige Dysplasie der Cervix uteri	< 4
9	D39.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Ovar	< 4
10	N39.3	Belastungskontinenz [Stressinkontinenz]	< 4
11	N70.1	Chronische Salpingitis und Oophoritis	< 4
12	N81.6	Rektozele	< 4
13	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	< 4
14	N85.1	Adenomatöse Hyperplasie des Endometriums	< 4
15	N94.8	Sonstige näher bezeichnete Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	< 4
16	N81.1	Zystozele	< 4

B-[PKGYN].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N81	Genitalprolaps bei der Frau	22
2	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	6
3	D25	Leiomyom des Uterus	5
4	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	4
5	D39	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	< 4
6	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	< 4
7	N87	Dysplasie der Cervix uteri	< 4
8	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	< 4
9	N70	Salpingitis und Oophoritis	< 4
10	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	< 4
11	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 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 Salpingoovarektomie: Vaginal	26
2	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	26
3	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	22
4	5-592	Raffung des urethrovesikalen Überganges	20
5	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	8
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	4
7	5-653.32	Salpingoovarektomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
8	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
9	5-658.6	Adhäsionslyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens	< 4
10	5-683.05	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	< 4
11	5-704.4e	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Ligg. sacrouterina	< 4
12	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandpunkte	< 4
13	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	5-578.00	Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch	< 4
15	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
17	5-665.42	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
18	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	< 4
19	5-657.63	Adhäsionlyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	< 4
20	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
21	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
22	5-704.4f	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation am Lig. sacrospinale oder Lig. sacrotuberale	< 4
23	5-653.33	Salpingoovarektomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	< 4
24	5-932.41	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	51
2	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	28
3	5-592	Raffung des urethrovesikalen Überganges	20
4	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	8
5	5-653	Salpingoovarektomie	< 4
6	5-658	Adhäsionlyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	< 4
7	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	< 4
8	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	< 4
9	5-657	Adhäsionlyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
11	5-578	Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase	< 4
12	5-665	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina	< 4
13	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	< 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	MVZ Pritzwalk
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.
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	43
2	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	8
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	4
4	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
5	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
6	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	< 4
7	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
8	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	< 4
9	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	< 4
10	5-657.62	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 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	43
2	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	8
3	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
4	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	4
5	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	< 4
6	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
7	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	< 4
8	5-657	Adhäsionslyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
9	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	< 4
10	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 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	1,25	Fälle je VK/Person	46
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,25	Ohne 0	
Versorgungsform	Ambulant 0,25	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@augenklinik-grossspankow.de
Strasse	Giesendorfer 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 Augenanhängsgebilde
- 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 Augenanhängsgebilde

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

Vollstationäre Fallzahl	7
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[PKAUG].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	< 4
2	H52.2	Astigmatismus	< 4
3	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	< 4
4	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	< 4
5	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	< 4

B-[PKAUG].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H25	Cataracta senilis	< 4
2	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	< 4
3	H26	Sonstige Kataraktformen	< 4
4	H40	Glaukom	< 4

B-[PKAUG].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[PKAUG].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung	< 4
2	5-144.5a	[Phakoeinsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselisierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	< 4
3	5-159.10	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Abtragung eines Glaskörperprolapses: Elektrolytlösung	< 4
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 (Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre	< 4
5	5-146.0b	Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer sulkusisierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	< 4
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolger Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung	< 4
7	5-144.58	[Phakoeinsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer Vorderkammerlinse, n.n.bez.	< 4
8	5-134.2	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Viskokanaloplastik	< 4
9	5-144.30	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoeinsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	< 4
10	5-144.59	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoeinsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung mehrerer alloplastischer Linsen	< 4
11	5-144.3a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoeinsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselisierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	6
2	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	< 4
3	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	< 4
4	5-134	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen	< 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 ophthalmologischer 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	7
--------	---	--------------------	---

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ04 - Augenheilkunde
- 2 AQ54 - Radiologie
- 2 *Kooperation*
- 3 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- 3 *Kooperation*

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	0,49	Fälle je VK/Person	14,28571
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,49	Ohne 0	
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär 0,49	

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	Giesendorfer 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 Nein
vorhanden

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		6,6	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	6,1
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		5,61	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	5,11

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

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

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		15,49	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,49

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

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

**B-[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	114
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

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

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

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

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

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

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

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

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

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

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	44
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	44	
Kommentar DAS		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
15/1 - Gynäkologische Operationen		
Fallzahl	12	
Dokumentationsrate	100	
Anzahl Datensätze Standort	12	
Kommentar DAS		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung		
Fallzahl	52	
Dokumentationsrate	100	
Anzahl Datensätze Standort	23	
Kommentar DAS		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
CHE - Cholezystektomie		
Fallzahl	186	
Dokumentationsrate	100	
Anzahl Datensätze Standort	68	
Kommentar DAS		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
DEK - Dekubitusprophylaxe		
Fallzahl	297	
Dokumentationsrate	100	
Anzahl Datensätze Standort	141	
Kommentar DAS		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP - Hüftendoprothesenversorgung		
Fallzahl	296	
Dokumentationsrate	100	
Anzahl Datensätze Standort	43	
Kommentar DAS		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation		
Fallzahl	284	
Dokumentationsrate	100	
Anzahl Datensätze Standort	67	
Kommentar DAS		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel		
Fallzahl	16	
Dokumentationsrate	100	
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz	
Kommentar DAS		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
KEP - Knieendoprothesenversorgung		

Fallzahl	304
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	54
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	291
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	58
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

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

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	1285
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,48

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Bundesergebnis

1,06

Vertrauensbereich bundesweit

1,03 - 1,09

Rechnerisches Ergebnis

0,52

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,06 - 2,42

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 1,24 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

3. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb

von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

58002

Leistungsbereich

CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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

Bundesergebnis

0,92

Vertrauensbereich bundesweit

0,88 - 0,96

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 2,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,92
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
4. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-</p>

	Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 4,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
5. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58001
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine</p>

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 3,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,40

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	58005
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit</p>

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

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 2,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	

7. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58006
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und</p>

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,41

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	52009
Art des Wertes	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Bezug zum Verfahren	QI DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,82 - 1,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	3201
Beobachtete Ereignisse	45
Erwartete Ereignisse	41,19

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	52326
Art des Wertes	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Bezug zum Verfahren	TKez DeQS In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,81 - 1,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3201
Beobachtete Ereignisse	36

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 0,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	3201
Beobachtete Ereignisse	7

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

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

12. 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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

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

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13. 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 <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

		Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,08	
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14	
Rechnerisches Ergebnis	0	
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 25,59	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	10	
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	0,10	
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	
14. 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	
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15		
Fachlicher Hinweis IQTIG		
Einheit	%	
Bundesergebnis	0,88	
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97	
Rechnerisches Ergebnis	0	
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 23,76	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	9	
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
15. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
Ergebnis-ID	
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15	
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16. 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	
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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG	(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
17. 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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
18. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 44,48

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
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

19. 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz
 Beobachtete Ereignisse Datenschutz
 Erwartete Ereignisse Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 29,96 % (95. Perzentil)
 Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert
 Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. 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

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

Art des Wertes QI
 Bezug zum Verfahren DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

612

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

Einheit %
 Bundesergebnis 89,36
 Vertrauensbereich bundesweit 89,05 - 89,67
 Rechnerisches Ergebnis 100
 Vertrauensbereich Krankenhaus 62,06 - 99,99

Fallzahl

Grundgesamtheit 5
 Beobachtete Ereignisse 5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich >= 81,46 % (5. Perzentil)
 Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert
 Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	
22. 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
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	
Bundesergebnis	%
Vertrauensbereich bundesweit	8,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,95 - 8,35
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

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

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,49 - 4,23

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	2,93

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	54016
Art des Wertes	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Bezug zum Verfahren	QI 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

0,93

0,90 - 0,96

4,92

1,37 - 14,94

Datenschutz

Datenschutz

Datenschutz

<= 2,84 (95. Perzentil)

eingeschränkt/nicht vergleichbar

U62

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

54017

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	5,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,14 - 5,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen</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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,94 - 6,52

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. 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	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	4,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,19 - 13,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Bundesergebnis 1,01

Vertrauensbereich bundesweit 0,98 - 1,04

Rechnerisches Ergebnis 2

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,38 - 3,63

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

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

Ergebnis-ID 191800_54120

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

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 54120

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Bundesergebnis 1,03

Vertrauensbereich bundesweit 0,98 - 1,08

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 8,39

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

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

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,50 - 4,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
31. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,39 - 4,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

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

Bundesergebnis	0,89	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95	
Rechnerisches Ergebnis	36,37	
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,12 - 111,28	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	Datenschutz	
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz	
Erwartete Ereignisse	Datenschutz	
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators		
Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
33. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)		
Ergebnis-ID	191914	
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist</p>	

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

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	2,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,64 - 6,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen
Fachlicher Hinweis IQTIG	

sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 8,96
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Einheit	%
Bundesergebnis	7,57
Vertrauensbereich bundesweit	7,37 - 7,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,46

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,37 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	

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

Ergebnis-ID

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	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	2,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 10,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. 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

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 2,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,49
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39. 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>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	23

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,85
40. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	6,98
Vertrauensbereich bundesweit	3,24 - 14,40
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
41. 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	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,13
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,86
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 3,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42. 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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,43

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

Ergebnis-ID	162301
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.</p> <p>Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</p>

Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,67
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0

44. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.</p> <p>Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist</p>

		aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%	
Bundesergebnis	1,36	
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,58	
Rechnerisches Ergebnis	0	
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	28	
Beobachtete Ereignisse	0	
45. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Fachlicher Hinweis IQTIG		
Einheit	%	
Bundesergebnis	2,15	
Vertrauensbereich bundesweit	1,56 - 2,97	
Vertrauensbereich Krankenhaus	-	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	Datenschutz	
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz	
Erwartete Ereignisse	Datenschutz	

46. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,76 - 3,49
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0

47. 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
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis

0,92

Vertrauensbereich bundesweit

0,81 - 1,05

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 2,26 (95. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

48. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen,

Fachlicher Hinweis IQTIG

kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis

1,05

Vertrauensbereich bundesweit

0,90 - 1,22

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

49. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen

zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	1,83
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

50. 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>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>

Einheit	%
Bundesergebnis	1,74
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 2,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 3,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
52. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	3,05
Vertrauensbereich bundesweit	2,43 - 3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

53. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	92,31
Vertrauensbereich bundesweit	92,01 - 92,60
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	44
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

54. 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	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	0,24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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 Nicherreichen der Mindestmenge

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge	39
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	39
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	Keine Leistungsmenge

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

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

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

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

- # Vereinbarung
- 1 CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma

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

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

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

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	24
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	23
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	23

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 - Nachschicht	100 %
3	Geriatrie - PK Station 01 - Tagschicht	100 %
4	Geriatrie - PK Station 01 - Nachschicht	50 %
5	Geriatrie - PK Station 02 - Tagschicht	100 %
6	Geriatrie - PK Station 02 - Nachschicht	58,33 %
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Nachschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Nachschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	93,11 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachschicht	100 %
3	Geriatrie - PK Station 01 - Tagschicht	79,78 %
4	Geriatrie - PK Station 01 - Nachschicht	45,36 %
5	Geriatrie - PK Station 02 - Tagschicht	96,17 %
6	Geriatrie - PK Station 02 - Nachschicht	48,36 %
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Tagschicht	96,66 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 03 - Nachschicht	87,74 %
9	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Tagschicht	98,56 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Nachschicht	90,91 %

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

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

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

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

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort Nein